Przedruk artykułów bez zezwolenia redakcji wzbroniony.

Nr 39 | 25 września 1938 | Rok XVII

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE

Dr Tadeusz NOWAK — Kraków

Patogeneza zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych [1])

Z Kliniki Dziecięcej U. J. w Krakowie
Dyrektor: Prof. dr Ksawery Lewkowicz

Pierwotnie przyjmowano, że wszelkie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych powstają wskutek bezpośredniego przejścia zarazków z błony śluzowej jamy nosowo-gardłowej przez kość sitową na opony. Takie pojmowanie patogenezy zapalenia opon nie wytrzymało jednak krytyki. Dzisiaj już nikt w to nie wątpi, że samoistne zapalenia opon, tj. mające swe źródło w ogólnej posocznicy, powstają na drodze przerzutowej z krwi, przy czym jednakże — wobec badań Lewkowicza i jego uczniów — należy odrzucić pogląd, jakoby przerzuty następowały wprost z krwi do opon. Opierając się bowiem na szczegółowych klinicznych badaniach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, biorąc m. i. pod uwagę przypadki, w których zakażenie w przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu i rdzenia z chwilą odcięcia jej od komór mózgowych zanika i to chociaż w tych komorach utrzymuje się ono nadal w całej pełni, doszedł Lewkowicz do wniosku, że pierwotnym siedliskiem sprawy oponowej nie są opony, ale znajdujące się w komorach mózgowych sploty naczyniaste. Należało bowiem przyjąć, że w splotach jako narządzie bogato unaczynionym musi przychodzić do powstawania przerzutowych ognisk wprost z krwi w początkowym okresie podstawowej ogólnej posocznicy, kiedy jeszcze nie wytworzyło się ogólne uodpornienie ustroju. Dopiero po rozwinięciu się tych ognisk ropnych w tkance podstawowej splotów i po następowym ich przebiciu przez pokrywę nabłonkową do światła komór przychodzi do zakażenia układu komorowo-podpajęczynówkowego. Zakażenie przestrzeni podpajęczynówkowej jest zresztą także następnie podsycane napływem świeżego materiału z komór. Według więc tego poglądu, sprawa w przestrzeni podpajęczynówkowej byłaby tylko sprawą wtórorzędną, ściśle zależną od zmian w komorach.

Pojmowanie to należało udowodnić wyszukaniem odpowiednich drobnowidowych zmian w splotach naczyniastych.

Pierwszy podjął się tego zadania Klepacki w roku 1926. Mianowicie w splotach pochodzących z wczesnego przypadku nagminnego zapalenia opon wykazał on w podstawie splotów dość duży, bo wynoszący około 3 mm przerzutowy ropień, który otwierał się do światła komory na dużej przestrzeni. Charakter tego ropnia był mimo jego stosunkowo dużych rozmiarów, ogniskowy, gdyż ropień był ściśle odgraniczony od otoczenia. Oprócz tego ropnia widział autor w kosmkach splotów mniejsze, ale o nich nic nie napisał i znaczenia ich nie podkreślił należycie.

Mróz, jako drugi z kolei, opisał w roku 1932 zmiany w splotach, pochodzących z piorunującego przypadku nagminnego zapalenia opon. Zmiany te polegały na przyżyciowych zakrzepach w drobnych tętniczkach, na wylewach krwawych do podścieliska, na jego ropieniu i wreszcie na jego obumarciu w postaci zwyrodnienia szklistego. Trzeba wyraźnie podkreślić, że zmiany te były rozsiane i dobrze odgraniczone od otoczenia, nigdzie nie można było stwierdzić, aby zajmowały one większe przestrzenie splotów.

Ponieważ wymienieni autorzy nie barwili skrawków metodą, która by pozwoliła zabarwić tkankę i zarazki jednocześnie, nie wykazali zarazków w zmianach przez siebie opisanych i wyrazili tylko przypuszczenie, że muszą się one w tych zmianach znajdować.

Lukę tę wypełnił dopiero Lewkowicz (1, 2) w roku 1934, ogłaszając wyniki drobnowidowych badań splotów, pochodzących od niemowlęcia, u którego zapalenie opon trwało około 4 dni.

[1]) Wygłoszone z przedstawieniem mikrofotogramów na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego w dniu 4 maja 1938 r.

Pierwotnie materiał ten przebadała Pawłowska, barwiąc skrawki tioniną karbolową według metody Nicolle'a, przez co udało się zabarwić zarazki i tkankę jednocześnie, ale skoro doszła ona do wniosków, na podstawie których oświadczyła, że sprawa w kosmkach jest równorzędna ze zmianami w oponach, zajął się wówczas przebadaniem tego samego materiału Lewkowicz i wykazał, że zmiany drobnowidowe w kosmkach były biegunowo odmienne od zmian w oponach. W splotach mianowicie zmiany dotyczyły środkowej części kłębka *(glomus)*, w którym znajdował się ropień ściśle odgraniczony od otoczenia. Do jego wytworzenia się przyszło wskutek głębokich uszkodzeń drobnych tętniczek, wykazujących zakaźne skrzepliny w świetle oraz nacieki ropne śródścienne. Jedna z tętniczek była nawet tak zniszczona, że pozostały tylko po niej komórki mięsne. W sąsiedztwie tych zmienionych tętniczek znajdowały się meningokoki, które autor wykazał również w złuszczonych nabłonkach splotu. W utrzymanej natomiast pokrywie nabłonkowej zarazków nie można było znaleźć, gdyż, jak to przypuszcza Lewkowicz (3, 4), zakażone nabłonki zostają szybko wyeliminowane ze zdrowej warstwy nabłonkowej.

Oprócz tego dużego ropnia stwierdził autor także w poszczególnych kosmkach zmiany polegające na ropieniu i martwicy podścieliska; martwica ta wywołana była niedożywieniem wskutek zamknięcia tętniczek zorganizowanymi skrzepami.

W przypadku tym w przestrzeni podpajęczynówkowej nie dało się stwierdzić nigdzie zmian ogniskowych, tylko przeciwnie zmiany wybitnie rozlane.

W roku 1935 wykazuje znów Lewkowicz (3, 4), badając drobnowidowo sploty z przypadków Klepackiego i Mroza, rozsiane zmiany w poszczególnych kosmkach, polegające na ropieniu ich podścieliska, przy czym punktem wyjścia zmian były zakrzepy drobnych tętniczek, przedstawione na rycinach 2, 3, Lewkowicza (3, 4).

W tym samym roku, badając sploty z przypadku wczesnego gruźliczego zapalenia opon, wykazał Lewkowicz (3, 4) niezbicie ściśle rozsiany i ograniczony charakter licznych zmian w splotach oraz przebijanie ognisk do światła komór. Zmiany te przedstawiały się jako gruzełki, złożone na obwodzie przeważnie z komórek limfoidalnych i z niewielkiej ilości leukocytów, a w środkowej części z większej ilości komórek nabłonkowatych oraz z komórek olbrzymich, zawierających prątki, to gorzej to znów lepiej zabarwione. Wśród nacieku limfocytowego autor stwierdził resztki światła znacznie uszkodzonych naczyń krwionośnych, w których znachodziły się mniej lub więcej uszkodzone czerwone ciałka. Te uszkodzone naczynia musiały być według autora punktem wyjścia zmian w podścielisku. Uderzającym jest szybki i znacznego stopnia rozpad tych gruzełków. I tak na rycinie 8 i 9 Lewkowicza (3, 4) widzimy zmianę, w której olbrzymia komórka, zawierająca prątki oddziela się od nacieku, oraz na rycinie 20 naciek, znajdujący się w daleko posuniętym stopniu rozpadu, albowiem brak jest nie tylko warstwy nabłonkowej, ale i warstwy nacieku limfocytowego, które musiały odpaść i dostać się do światła komory.

Tę skłonność do łatwego rozpadu tłumaczy Lewkowicz (3, 4) po pierwsze złym odżywieniem, gdyż gruzełek w kosmku nie sąsiaduje na większej przestrzeni z żadną tkanką zdrową, skądby mógł otrzymywać soki odżywcze, a jego własne naczynia są zamknięte, po drugie macerującym wpływem płynu mózgowo-rdzeniowego na gruzełek po odpadnięciu warstwy nabłonkowej. Wskutek tego łatwego rozpadu gruzełków przychodzi szybko do zakażenia przestrzeni podpajęczynówkowej prątkami dobrze utrzymanymi, ale obok nich również dostają się do tej przestrzeni niekwasooporne odszczepy oraz prątki zatrzymujące tylko w słabym stopniu barwik. Nie ulega wątpliwości, że produkty rozpadu prątków — a podobnie także produkty rozpadu tkanek — dostając się z prądem płynu z komór do przestrzeni podpajęczynówkowej muszą również działać na opony i wywoływać rozlane zmiany.

Na najwcześniejsze zmiany w kosmkach, które bezpośrednio musiały być przyczyną zakażenia układu komorowo-podpajęczynówkowego zwrócił uwagę Lewkowicz (5) w roku 1936.

Zmiany te polegały na obecności w świetle komór i w przestrzeni podpajęczynówkowej wolno pływających skrzeplin złożonych z nitek włóknika oraz leukocytów. Skrzepliny te musiały pochodzić niewątpliwie z naczyń kosmków, a wydostać się do światła komory po pęknięciu ściany tętniczej. Do tego pęknięcia ścian tętniczych musiało przyjść w następstwie ich martwicy pod wpływem zakrzepu zakaźnego w ich świetle. Takie pęknięcie ściany z wyrzuceniem skrzepliny na zewnątrz wykazują ryciny 7 i 8 Lewkowicza (5), zaś rycina 3 przedstawia obok wolno leżącej skrzepliny w świetle komory, obumarłą ścianę tętnicy. Dowodem, że następuje pękanie tętniczek, są obecne w kosmkach dość duże wylewy krwawe (rycina 11 Lewkowicza (5)). Krwotoki ze zmienionych tętnic, zwłaszcza większych, mogły następować wprost do światła komór, jak świadczą zresztą o tym ryciny 13 i 20 Lewkowicza (5) i w ten sposób mogły bezpośrednio zakażać przestrzeń komorowo-podpajęczynówkową.

Wreszcie moje badania splotów, dotyczące patogenezy pneumokokowego zapalenia opon, wykazały również niezbicie, że i w tego rodzaju zapaleniach opon zmiany stwierdzone w kosmkach powstały jako bezpośrednie przerzuty z krwi przy istniejącej posocznicy w początkowym okresie tej choroby; za tym przemawia ich wybitnie ogniskowy i rozsiany charakter. Zmiany w splotach polegały mianowicie na okołonaczyniowych pochwowatych naciekach ropnych, na uszkodzeniu ścian tętniczek i wreszcie na rozpadzie kosmków.

Uderzającym jest fakt, że w zakresie tych zmian ropnych w kosmkach nie stwierdza się nigdzie ani zaczopowania naczyniek zakrzepem, ani też śladów po zakrzepach. Należało by więc przyjąć, albo 1) że podobnie jak w ryc. 3 Lewkowicza (2), wytworzyła się w naczyńku skrzeplina zakaźna, ale włóknik uległ później w naszym przypadku rozpuszczeniu, albo 2) że wytworzył się w naczyńku tylko zator bakteryjny, a bakterie po uszkodzeniu ściany — czy to same, czy przeniesione przez leukocyty — dostały się na zewnątrz naczyńka pod warstwę nabłonkową.

Badanie splotów w tych przypadkach pozwoliło na stwierdzenie faktu, że ropienie wychodziło z wnętrza kosmków. Obrazy bowiem takie, jakie przedstawiają ryciny Nowaka 3, 5, 6 i 11 przemawiają chyba niezbicie za tym, że sprawa powstaje pierwotnie w kosmkach, a dopiero wtórorzędnie doprowadza do uszkodzenia kosmka i przebicia ropnia do światła komór, co widzimy na rycinach Nowaka od 2—5.

Przeciw temu, jakoby sprawa miała powstawać w kosmkach przez dostanie się do nich ropy od zewnątrz, tj. od światła komór, przemawiają następujące szczegóły:

1) ogromna ilość kosmków o dobrze utrzymanej pokrywie nabłonkowej, a o podścielisku nacieczonym i to obficie leukocytami. Trudno przypuścić, aby bez naruszenia pokrywy nabłonkowej mogło wtargnąć tyle ciałek ropnych do podścieliska kosmków lub mogły się tam dostać zarazki;

2) znachodzenie się w podścielisku nacieczonych kosmków tylko w bardzo znikomej ilości zarazków, które przy tym są przeważnie nadtrawione. Gdyby mianowicie zakażenie szło od zewnątrz, gdzie wśród ciałek ropnych przestrzeni podpajęczynówkowej i w świetle komór znajduje się ogromna ilość zarazków, musiałyby i one dostać się od zewnątrz w znaczniejszej ilości do podścieliska kosmków. Ta okoliczność pozwala jeszcze na wysnucie jednego argumentu, a mianowicie:

3) pierwotności zakażenia kosmków. Sprawa w kosmkach jest tu już mianowicie na ukończeniu, ropnie stają się jałowe, toteż można przyjąć, że gdyby nie nastąpiło zejście śmiertelne, nacieki ropne byłyby wkrótce uległy całkowitemu wessaniu, lub zostały częściowo zastąpione przez tkankę łączną. Za tym przemawiają — co prawda tyczące się zapalenia meningokokowego — spostrzeżenia Dopter'a (1, 2), według którego rozlane zmiany zapalne w splotach (tylko takie opisuje Dopter) zaczynają się cofać już po upływie 4 dni od początku choroby;

4) pochwowaty kształt nacieków ropnych podminowujących warstwę nabłonkową, a otaczających naczynia leżące w osi kosmków.

Należy przyjąć, że gdyby naciek pochodził od zewnątrz nie rozmieszczałby się tak regularnie, lecz najprawdopodobniej byłby nieregularny, nie zajmowałby też całego obwodu kosmka, ale najwybitniejszy byłby w miejscu wtargnięcia leukocytów do kosmka. Tymczasem takich nacieków nieregularnych jest w splotach bardzo niewiele (ryc. 10 i 11 Nowaka), a nad tymi, które się stwierdza, nie widać nigdzie ubytku nabłonka, nacieki te przy tym znajdują się w bezpośrednim sąsiedztwie naczyńka.

5) Brak jakichkolwiek zmian w sporej ilości żyłek leżących wśród rozlanej ropy w przestrzeni podpajęczynówkowej, a przede wszystkim zupełny brak zmian w tętniczkach. Gdyby ropa komór mogła łatwo wnikać do kosmków, to przede wszystkim ropa przestrzeni podpajęczynówkowej musiałaby wywoływać wybitne zmiany w naczyniach opony naczyniastej, gdyż te po prostu kąpią się w zakażonej ropie. Tymczasem zmiany widzimy tylko w nielicznych żyłkach, bo te służą do wsysania płynu mózgowo-rdzeniowego, a nie dotyczą tętniczek.

Na podstawie powyżej przedstawionych wyników badań zmian splotowych możemy powiedzieć, że udowodniliśmy przerzutowy ich charakter, że przez to dowiedliśmy pierwotności zmian kosmkowych i nadrzędności ich w stosunku do zmian oponowych.

Na podstawie naszych badań musimy również powiedzieć, że taki sam przerzutowy charakter noszą zmiany podstawy splotów. Za przerzutową bowiem ich naturą przemawiają zmiany w drobnych tętniczkach; zmiany te wykazał Lewkowicz (3, 4) i przedstawił je na ryc. 5 i 6.

Ze względu na szczególnie, jak to podkreśla Lewkowicz, dogodne warunki rozprzestrzeniania się pierwotnego ogniska przerzutowego w wiotkiej tkance podstawy splotu, trudno jest uchwycić początek sprawy, gdyż rozwój ropnia postępuje tu szybko i osiąga znaczne rozmiary, zupełnie w końcu zacierając pierwotny obraz zmian. Uchwycenie tych pierwotnych i najwcześniejszych zmian w podstawie możliwe jest tylko w przypadkach wczesnych, co zresztą potwierdza się w 12-godzinnym przypadku Mroza, z którego właśnie pochodzi ryc. 5 Lewkowicza (3, 4). Już w 41-godzinnym przypadku Klepackiego zmiany w podstawie były znaczne, a ropień był duży; podobnie zresztą było i w moim przypadku. Jednak także ropnie podstawy — podobnie jak kosmkowe — mimo ich wielkiej rozległości są ściśle odgraniczone od otoczenia, nie są rozlane, a więc mają wszelkie cechy sprawy przerzutowej.

Ten charakter przerzutowy zmian w podstawie splotów najlepiej uwidacznia się we wczesnych przypadkach gruźliczego zapalenia opon. Okazuje się tutaj, jak to przedstawia Lewkowicz (3, 4) na rycinach 14, 19, 22, 26 i 33, że naciek w podstawie nie rozciąga się przez wszystkie skrawki, że nie zajmuje całej rozciągłości podstawy splotów, że wobec tego musi się go uważać za ogniskowy, a nie jak to przyjmuje Dopter (3) za przedłużenie nacieku znajdującego się w tkance naczyniastej *(tella chorioidea)*. Gdyby bowiem tak było, jak to przyjmuje Dopter, to musiałaby być utrzymana ciągłość nacieku, a tymczasem jak to stwierdził Lewkowicz (3, 4) nie było nacieku na przestrzeni 245 skrawków. Ten szczegół chyba wybitnie przemawia przeciwko temu, jakoby naciek podstawy był tylko przedłużeniem nacieku opony naczyniastej.

Drugim szczegółem, jaki spostrzegł Lewkowicz (3, 4), a tyczącym się podstawy splotu w przyp. wczesnego gruźliczego zapalenia opon, to brak martwicy i rozpadu tkanki podstawy, co wskazuje na to, że naciek podstawy nie mógł być źródłem zakażenia układu komorowo-podpajęczynówkowego. Pod tym względem gruźlicze zapalenie opon różniłoby się od zwykłych ropnych zapaleń opon, w których łatwiej przychodzi do wybitnego zniszczenia podścieliska podstawy i następowego wczesnego przebicia ropnia do światła komór, jak to wynika z badań Klepackiego i moich. Musi się przeto przyjąć, że w pewnej części ropnych zapaleń opon ogniska przerzutowe w podstawie splotów mają równorzędne, a może nawet większe znaczenie, aniżeli w kosmkach splotów.

W przeciwieństwie do opisanych zmian w kosmkach i w podstawie splotów, zmiany w oponach mają charakter *wybitnie rozlany*, a to wskutek biernego nagromadzenia się ropy naniesionej do przestrzeni podpajęczynówkowej prądem płynu mózgowo-rdzeniowego ze światła komór. Nie widzimy też w naczyniach oponowych zmian takich, jakie stwierdzamy w naczyniach kosmków, czy też podstawy splotów. Zmiany naczyniowe w oponach wykazują odmienny charakter. W tętniczkach mianowicie dotknięta może być ropieniem co najwyżej zewnętrzna błona ścianki tętniczki, a to wskutek działania na nią ropy od zewnątrz. Częstsze i wybitniejsze zmiany dotyczą żyłek. Należy to odnieść do zadania żyłek, które wsysając materiał zakaźny, ulegają przy tym wtórorzędnym zmianom. W przypadkach gruźliczego zapalenia opon zmiany w oponach również są rozlane i we wczesnych okresach nie widzi się, jak to podnosi Huebschmann, w oponach gruzełków, ale błony te wykazują ostry, ropny charakter zmian. Toteż w tych przypadkach spostrzegamy, że w osadzie z płynu mózgowo-rdzeniowego przeważają leukocyty. Lewkowicz (3, 4) sądzi, że może jednak przyjść do wytworzenia się w oponach tu i ówdzie nielicznych gruzełków na tle rozsiewania się prątków krwią, ale podnosi równocześnie, że gruzełki te w oponach nie wykazują skłonności do

rozpadu, wskutek czego nie może przyjść do rozsiewania się z nich zmian po oponach. Nawet przeciwnie, jak podnosi Lewkowicz (3, 4), jeżeli przyjdzie do wytworzenia się odosobnionego gruzełka w oponach, to naciek zapalny wytwarzający się w jego otoczeniu wywołuje zlepy zapalne opon oraz następowe zrosty, które otoczą to ognisko i pozwolą mu co najwyżej rozszerzać się powoli wzdłuż jakiegoś rowka i naczynia w postaci płaskiego serowatego pasma.

Jak z powyższego wynika, mając niezbite dowody istnienia przerzutowych ognisk w splotach oraz szczegóły świadczące o wcześniejszym powstawaniu zmian w splotach niż w oponach, przy jednoczesnym braku dowodów istnienia przerzutowych ognisk w oponach, a obecności dowodów przemawiających za charakterem wtórorzędnym zmian oponowych, musimy stanąć na stanowisku pierwotności zmian splotowych i ich nadrzędności w stosunku do oponowych.

Zagadnienie patogenezy zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych ujęte przez Lewkowicza w sposób, jaki przedstawiam, nie jest zagadnieniem li tylko teoretycznym; ujęcie to bowiem jest wynikiem spostrzeżeń klinicznych, tyczących się bezpośrednio chorego, a związane z nim jest również dążenie do rozwiązania zagadnienia ściśle praktycznego, mianowicie zagadnienia leczenia choroby.

Lewkowicz wyszedłszy z tych założeń, jakie powyżej przedstawiłem, doszedł do wniosku, że jedynym prawdziwie celowym sposobem leczenia jest wstrzykiwanie surowicy swoistej dokomorowo. Tylko w ten sposób działamy bezpośrednio na źródło zakażenia odpowiednią ilością ciał odpornościowych zawartych w surowicy.

Dożylne lub domięśniowe wstrzykiwania surowicy nie są celowe, gdyż tą drogą zastosowana nawet w dużych ilościach surowica nie dostaje się do komór, a jeśli się dostaje, to w tak małej ilości, że nie może działać leczniczo. Ujemne wyniki w przypadkach w ten sposób leczonych przemawiają chyba dobitnie za tym. Ten więc sposób stosowania surowicy — *niestety jeszcze dzisiaj używany!* — powinien być bezwzględnie zarzucony, po pierwsze dlatego, iż jest bezcelowy, a po wtóre niepotrzebnie naraża chorego na schorzenie posurowicze. Posunąłbym się nawet do tego twierdzenia, że *leczenie nagminnego zapalenia opon wstrzykiwaniami surowicy dożylnymi lub domięśniowymi należało by uważać za błąd sztuki lekarskiej.*

Nardzeniowe stosowanie surowicy jest bez porównania korzystniejsze, ale niekiedy jednakże zawodzi. Chodzi tu mianowicie o przypadki, w których następuje przerwanie połączenia między komorami a przestrzenią podpajęczynówkową rdzenia. Surowica wstrzyknięta w tych warunkach nardzeniowo nie dochodzi w ogóle lub też dochodzi tylko w bardzo małej ilości do komór, a wtedy zakażenie utrzymuje się w nich w dalszym ciągu bez zmiany. W przypadkach takich jedynym sposobem leczenia jest wstrzykiwanie surowicy dokomorowe, które, o ile nie jest zastosowane za późno, może jeszcze, jak wykazały nasze doświadczenia, uratować życie chorego. Praktycznie można postępować w ten sposób, że jeżeli nie następuje poprawa w przeciągu najwyżej 3—4 dni przy leczeniu nardzeniowymi wstrzykiwaniami surowicy, to należy bezwarunkowo przystąpić do wstrzykiwania jej dokomorowo.

Piśmiennictwo:

Ch. Dopter: 1) L'infection méningococcique. Paris, J. B. Baillière et fils, 1921. 2) Paris médical, 1924, nr 23. 3) Paris médical, 1937, nr 22. — P. Heubschmann: Pathologische Anatomie der Tuberkulose, 1928. Berlin. J. Springer. — W. Klepacki: Pol. Gaz. Lek. 1926, nr 22 i Presse méd. 1926, nr 69. — K. Lewkowicz: 1) Pol. Gaz. Lek. 1934, nr 29 i 30. 2) Bull. de l'Acad. Polon. d. Sciences et des Lettres, Classe de Méd. 1934, str. 149. 3) Polskie Monografie i Wykłady kliniczne z dziedziny pediatrii, 1935, z. XXVI. 4) Bull. de l'Acad. Polon. des Sciences et des Lettres, Classe de Méd. 1935, str. 69. 5) Bull. de l'Acad. Polon. des Sciences et des Lettres, Classe de Méd. 1936, str. 433. — E. Mróz: Bull. de l'Acad. Polon. des Sciences et des Lettres. Classe de Méd. 1932, str. 327. — T. Nowak: Bull. de l'Acad. Polon. des Sciences et des Lettres, Classe de Méd. 1938, str. 59. — H. Pawłowska: Pamiętnik XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu. 1933. T. II. str. 60.

Doc. dr Benedykt DYLEWSKI Łódź

Igła do automatycznego obkłuwania krwawiących naczyń w gardle po tonsilektomii oraz w innych ranach głębokich

(Demonstrowana na Zjeździe Otolaryngologów we Lwowie w lipcu 1937 roku)

Krwawienia po wyłuszczeniu migdałków podniebiennych, zwłaszcza krwawienia niepokojące, wymagające specjalnej interwencji, należą, według opinii większości autorów, do powikłań stosunkowo rzadkich. Natomiast na porządku dziennym są dłużej lub krócej trwające krwioplucia pooperacyjne, zaliczane zwykle do normalnego przebiegu pooperacyjnego, które najczęściej same stopniowo ustępują. Celem uniknięcia odchrząkiwania, lub połykania krwawej wydzieliny i pozostawienia rany w całkowitym spokoju zaleca się chorym po operacji pozycję półsiedzącą lub leżącą na boku z głową opuszczoną ku dołowi dla umożliwienia swobodnego odpływu śliny.

Takie krwioplucie pooperacyjne może trwać nieraz nawet kilkanaście godzin, nie wzbudzając pomimo to większego niepokoju, jeżeli, jak to najczęściej bywa, domieszka krwi w plwocinie stopniowo zmniejsza się, chory czuje się nieźle, a oglądanie rany nie wykazuje wyraźnego miejsca krwawienia.

Pomimo jednak wspomnianej rzadkości niepokojących krwawień po wyłuszczeniu migdałków temat ten nie schodzi ze szpalt piśmiennictwa lekarskiego. Ta niewspółmierność między stwierdzaną częstością i stopniem krwawień, a stopniem zainteresowania poświęcanym temu zagadnieniu ma swe usprawiedliwienie. Lekarz bowiem nigdy nie jest pewien, czy prawie stale obserwowane krwioplucie pooperacyjne nie przekształci się w większe, groźniejsze krwawienie, na które nieraz zwraca się uwagę dopiero po wystąpieniu krwawych wymiotów.

Jedną z bardzo ważnych przyczyn występowania krwawień po usunięciu migdałków jest błędne mniemanie wielu lekarzy, że krwioplucie po tym zabiegu, nawet krwioplucie nieco dłużej trwające, należy do normalnego przebiegu pooperacyjnego. Krwioplucie takie niewątpliwie ujemnie wpływa zarówno na ogólny stan chorego, osłabiając odporność ustroju, jak również upośledza i przedłuża miejscowe gojenie się rany. Po każdej tonsilektomii należy dokładnie wyszukiwać i podwiązywać wszystkie podejrzane co do krwawienia miejsca rany i wypuszczać chorego z sali operacyjnej dopiero, gdy rana jest zupełnie sucha. W ciągu dwóch godzin po operacji stan rany powinien być często kontrolowany, gdyż w tym czasie znów może wystąpić krwawienie lub krwioplucie, które natychmiast, nawet najmniejsze, należy zatamować przez podwiązanie, co w tym czasie jeszcze nie jest bolesne. W szeregu przypadków przeprowadziliśmy dokładne obserwacje zachowania się rany po wyłuszczeniu migdałków w ciągu pierwszych czterech godzin, notując co 5—10 minut najmniejsze zmiany w wyglądzie rany. Badania wykazały, że przeciętnie w ciągu dwóch godzin po zabiegu nisze pomigdałkowe, zwłaszcza przy dużych, głęboko osadzonych migdałkach, zachowują swój pierwotny kształt i głębokość, pomimo usunięcia podtrzymujących te nisze migdałków. Dopiero po pewnym czasie zastrzyknięte środki znieczulające przestają działać i mięśnie oraz tkanka łączna okołomigdałkowa znów nabierają zdolności kurczenia się, wskutek czego nisza zaczyna się wypełniać, staje się bardziej płytką i wszystkie krwawiące jeszcze, nawet najdrobniejsze naczynia zostają uciśnięte i przestają krwawić.

W przypadkach długo trwającego krwioplucia, zwłaszcza przy tworzeniu się wciąż krwawiącego, miękkiego skrzepu nisza pomigdałkowa długo nie wypełnia się. Po usunięciu migdałków w narkozie ogólnej, bez zastrzykiwania środków znieczulających, skurcz mięśni i wypełnienie się niszy następuje bardzo szybko. Tym też należy prawdopodobnie tłumaczyć rzadkość krwawień u dzieci, operowanych w uśpieniu eterowym lub chloretylowym.

Stosowana przez nas dokładna kontrola rany pooperacyjnej i skrupulatne podwiązywanie wszystkich miejsc krwawiących przekonało o dużych korzyściach takiego postępowania. Wtórne krwawienia i krwioplucia nigdy nie występowały i chorzy nie tracili w ten sposób po operacji krwi, rana goiła się bardzo dobrze, naloty szybko znikały, a podniesienie ciepłoty (zwykle poniżej 38°) stwierdzano tylko w wyjątkowo rzadkich przypadkach, przeważnie wieczorem w dzień operacji. W przeważającej ilości przypadków ciepłota po zabiegu zupełnie nie podnosiła się i chorzy bardzo mało tracili na wadze w porównaniu z przypadkami, w których notowano pooperacyjne krwioplucie i podniesienie ciepłoty ciała.

Rozpowszechnione tolerowanie krwioplucia po wyłuszczeniu migdałków tłumaczy się trudnością podwiązywania naczyń głę-

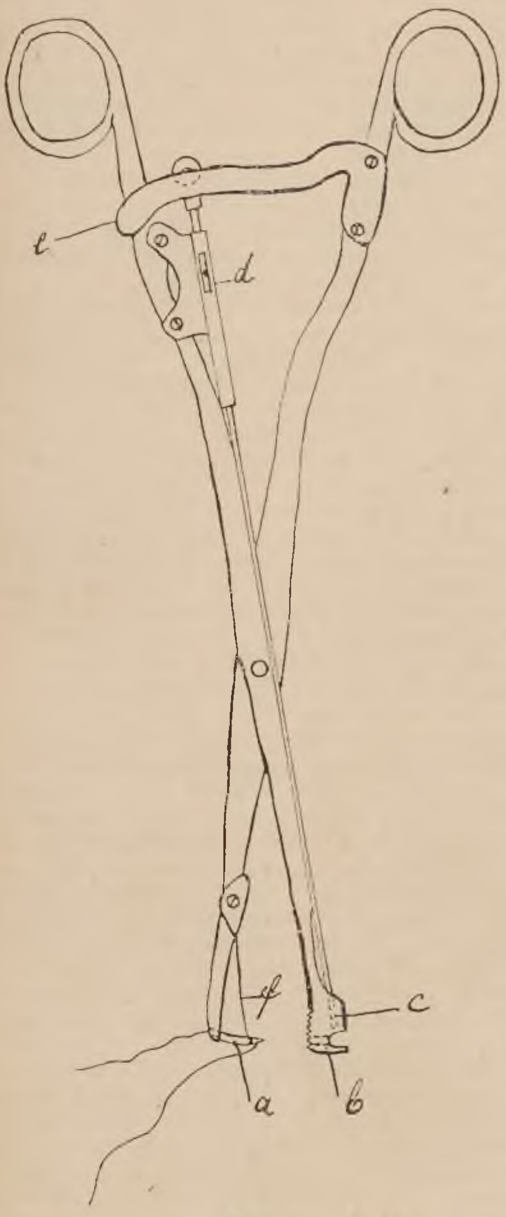
boko w gardle umiejscowionych. Podwiązywanie bez obkłucia jest trudne i niepewne, bo podwiązka często zsuwa się podczas ruchów podniebienia przy połykaniu, chrząkaniu, kaszlu i mowie. Obkłuwanie zaś naczyń jeszcze bardziej utrudnia zabieg i wymaga często pomocy asystenta do chwytania i wyciągania po przekłuciu igły lub końca nitki.

W celu ułatwienia pracy obkłuwania i podwiązywania schwytanych naczyń w niszy pomigdałkowej skonstruowałem specjalny przyrząd, który po przekłuciu schwytanej w szczypce tkanki, automatycznie wyciąga z rany oba końce nitki.

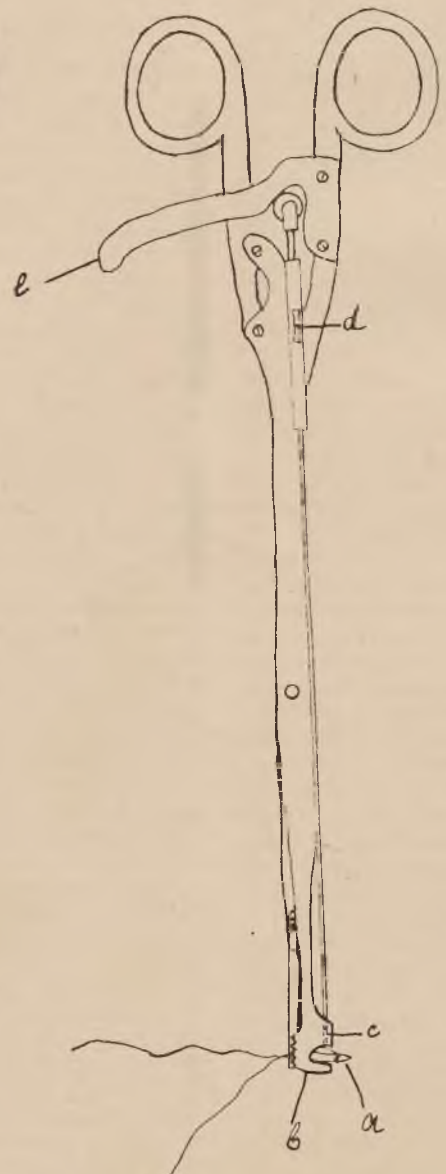
Nitka, po przebiciu tkanki, przechyla się ku tyłowi zawsze w miejscu najniższego brzegu otworu igły i przebiega z powrotem obok igły równolegle do jej osi, tworząc w miejscu przechylenia się pętlę.

Podczas rozwierania kulociągu po przekłuciu tkanki do tej pętli automatycznie wsuwa się koniec pręcika „c", przytrzymując i wyciągając przy tym nitkę z igły.

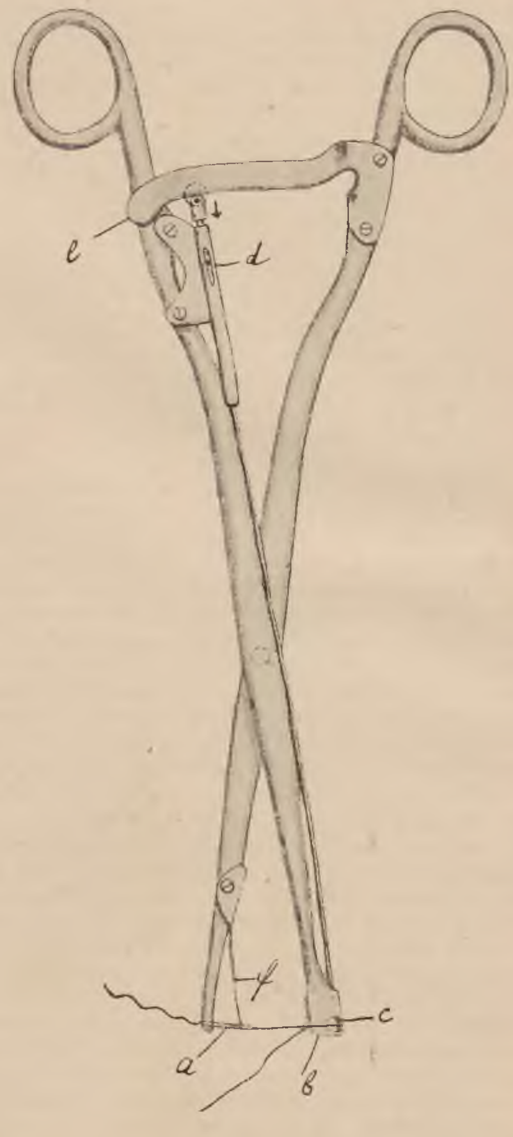
Przy końcu igły znajduje się elastyczna blaszka „f", która automatycznie zrzuca przekłutą tkankę z igły tak, że samej igły nie trzeba już cofać.



Ryc. 1



Ryc. 2



Ryc. 3

Przedstawione ryciny wyjaśniają budowę i działanie tej „igły gardlanej", nadającej się do łatwego i szybkiego obkłuwania naczyń we wszystkich ranach głębokich. Przyrząd ten ma kształt ogólnie używanego kulociągu, którym dotychczas z wielkim pożytkiem posługiwałem się do tamowania krwawień i krwioplucia podczas i po wyłuszczeniu migdałków podniebiennych (B. Dylewski: „O zapobieganiu i tamowaniu krwawień po wyłuszczeniu migdałków podniebiennych". Polski Przegląd Otolaryngologiczny. Tom XIII, zeszyt 3—4. 1937).

Na jednym końcu tego kulociągu jest wmontowana pod prostym kątem igła „a" stanowiąca koniec zwykłej, dość grubej igły, używanej do zastrzyków.

Zastosowanie tego rodzaju igły, zamiast zwykłej igły chirurgicznej, rozwiązało najtrudniejsze i najważniejsze zadanie instrumentu, a mianowicie — chwytanie i wyciąganie z rany po przekłuciu drugiego końca nitki.

Drugie, płaskie ramię kulociągu „b", o które opiera się tkanka w chwili jej przekłuwania, posiada otwór, przeznaczony do wchodzenia igły.

Usuwając cały przyrząd z rany w pozycji lekko rozwartej (ryc. 3) wyciągamy jednocześnie oba końce nitki.

Koniec wchodzącego do pętli długiego pręcika „c" przed rozwarciem ramion kulociągu utrzymuje się stale (zapomocą sprężyny „d") ponad otworem, przez który przechodzi igła. Dopiero po przekłuciu tkanki przy rozsuwaniu ramion kulociągu, górna część pręcika z kółkiem wpada pod odpowiednio wygiętą blaszkę „e", która przy dalszym rozwarciu ramion przyrządu uciska na pręcik i przesuwa go ku dołowi do pętli. Po wyciągnięciu z rany obu końców nitki do żądanej długości, rozwieramy kulociąg jeszcze bardziej poza długość uciskającej pręcik blaszki „e". Wówczas koniec pręcika z powrotem wyskakuje z pętli, zwalniając w ten sposób jeden koniec nitki. Drugi koniec nitki obcina się przed igłą, która w dalszym ciągu jest znów gotowa do następnego szycia bez ponownego nawlekania.

Działanie tego, wypróbowanego na wielu przypadkach, przyrządu jest nadzwyczaj proste i niezawodne. Wszystkie, nawet najgłębiej położone naczynia mogą być w ten sposób łatwo i szybko obkłute i podwiązane, wobec czego stają się niepo-

trzebne uciążliwe dla chorego sposoby tamowania krwawień po tonsilektomii za pomocą długotrwałej tamponady przy użyciu specjalnych uciskaczy. Stosowane często do tamowania krwawień zeszywanie łuków podniebiennych może być również bardzo szybko dokonane za pomocą naszej igły gardlanej. W tym celu należy przeszyć osobną nitką każdy łuk oddzielnie i wyciągnąć wszystkie cztery końce nitek na zewnątrz, następnie, po założeniu tamponu do niszy, zaciąga się węzeł z obu podwójnych nitek, zbliżając w ten sposób ponad tamponem wzajemnie oba łuki podniebienne.

Skonstruowana przeze mnie igła gardlana może być z powodzeniem użyta również do szycia rozszczepionego podniebienia oraz do obkłuwania naczyń podczas wszystkich operacyj na głęboko położonych tkankach i narządach, zwłaszcza podczas operacyj ginekologicznych w zatoce Douglasa. Ten sam przyrząd, tylko nieco mniejszy i z dłuższą igłą, może służyć do nakładania poszczególnych szwów skórnych (jednak tylko wówczas, gdy oba brzegi rany są zbliżone do jednoczesnego przebicia) i wykazuje tę zaletę, że szycie odbywa się przy tym znacznie szybciej i nie wymaga zmiany igły, ani też ponownego nawlekania nitki.

Przyrząd wyrabia firma „Bancewicz“, Wilno. Dominikańska 7.

Mikołaj CHYLAK Lwów

Śmierć w następstwie spędzenia płodu

Na podstawie przypadków stwierdzonych sekcyjnie, zaszłych we Lwowie w dziesięcioleciu 1927—1936

Z Zakładu Medycyny Sądowej U. J. K. we Lwowie
Dyrektor: Prof. dr W. Sieradzki

Sztuczne przerwanie ciąży stanowi zagadnienie, które od dawna zajmuje umysły badaczy ze stanowiska etyczno-prawnego, społecznego i lekarskiego. Zapatrywania na spędzenie płodu zmieniały się w różnych czasach i różnych krajach, a i obecnie istnieją krańcowo odmienne poglądy na tę sprawę. Liczne opracowania tego tematu z rozmaitego punktu widzenia i z uwzględnieniem historycznego rozwoju zagadnienia, znajdują się w piśmiennictwie prawniczym, lekarskim i społecznym, co dowodzi, jak wielką doniosłość ma ta sprawa i jak trudne jest jej rozwiązanie.

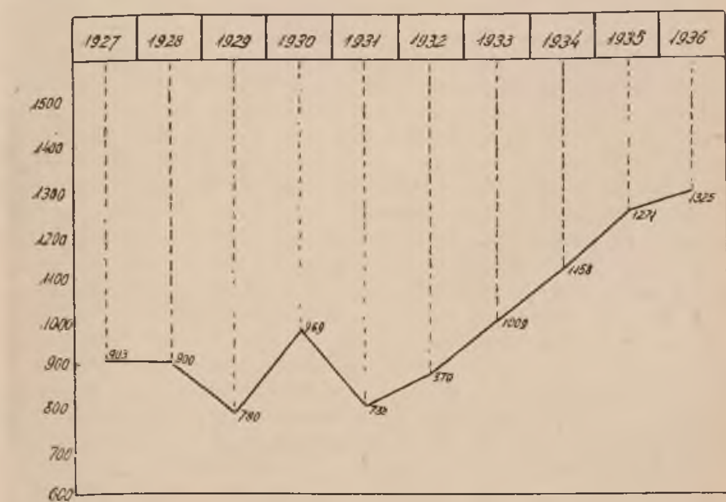
Nie mam zamiaru streszczać piśmiennictwa dotyczącego tego przedmiotu, ani też osobiście wypowiadać się na ten temat ze stanowiska ogólnego. Pragnę natomiast zająć się jedną czysto lekarską stroną spędzenia płodu, a mianowicie niebezpieczeństwem tego zabiegu dla życia ciężarnych, ponieważ stanowi ono jeden z poważnych czynników, które powinny wchodzić w grę przy rozważaniu tego zagadnienia. Praca moja, oparta na rozpatrzeniu zaszłych w ciągu dziesięciolecia we Lwowie przypadków śmierci w następstwie spędzenia płodu, ma przede wszystkim charakter kliniczno-anatomiczny z uwzględnieniem stanowiska sądowo-lekarskiego, częściowo jednak obejmuje również niektóre szczegóły, które mogą rzucić pewne światło i na stronę społeczną zjawiska przerywania ciąży.

Zanim przejdę do właściwego tematu, tj. do szczegółowego opisania 150 śmiertelnych przypadków po poronieniach, jakie zaszły w dziesięcioleciu 1927—1936 we Lwowie, wspomnę, że lwowskie oddziały ginekologiczno-położnicze (Państwowy Szpital Powszechny, Klinika U. J. K., Szpital Ubezpieczalni Społecznej) zanotowały łącznie w tym czasie 9.973 poronień oraz 25.393 porodów. Z liczb tych wynika, że stosunek porodów do poronień wynosił w zakładach — 2,5 : 1.

Przebieg krzywej na ryc. 1 przejrzyście uwidacznia, że ilość poronień we Lwowie, jak wykazują dane zakładów położniczych, wzrasta, co bez wątpienia należy położyć na karb wzrastających poronień kryminalnych. Jeśli podzielić omawiane dziesięciolecie na dwa równe okresy, to w pierwszym liczba poronień wynosi 4.340. W drugim pięcioleciu liczba ta już powiększa się o 1.293 przypadków i wynosi 5.633. Stosunek porodów do poronień w ostatnich trzech latach zmienia się znacznie na niekorzyść porodów i wynosi już tylko 2 : 1.

W obszernym dziś piśmiennictwie, traktującym o poronieniach, autorowie bardzo często podają przypuszczalne liczby poronień kryminalnych dla danego miasta, kraju, czy też całego państwa. Niestety, nigdzie nie spotkałem się z opisem sposobu i metody, która im posłużyła do obliczenia tych liczb. A niewątpliwie bardzo ważne, szczególnie z punktu widzenia społecznego, byłoby podanie, ile mogło być we Lwowie w tym dziesięcioleciu poronień w ogóle, a poronień kryminalnych w szczególności. Punktem wyjścia dla mych obliczeń w tym kierunku są dane, które zebrałem w lwowskich zakładach położniczych.

W latach 1927—1936 zanotowano w tych zakładach 25.393 porodów i 9.973 poronień. Stosunek porodów do poronień, jak już zaznaczyłem wyżej, wynosi 2,5 : 1. Zatem na każde 2,5 porodów przypada jedno poronienie. Są to liczby pewne i ścisłe, na podstawie których chcę dojść do domniemanej liczby możliwych poronień we Lwowie w ostatnich dziesięciu latach. Oczywiście, że obliczenia te tylko w przybliżeniu mogą odpowiadać



Ryc. 1

Ilość poronień notowana w zakładach położniczych we Lwowie w poszczególnych latach dziesięciolecia 1927—1936

rzeczywistości. Miejski Urząd Statystyczny we Lwowie notuje w omawianym dziesięcioleciu 51.693 urodzin. Z powyższej ilości urodzin obliczam z łatwością, zachowując zakładowy stosunek porodów do poronień 2,5 : 1, domniemaną liczbę poronień dla Lwowa:

Jeśli na 2,5 porodów przypada 1 poronienie
to na 51.693 porodów przypada X poronień

$$\text{z tego } X = \frac{51693 \times 1}{2{,}5} = 20.677$$

Zatem ogólna liczba poronień w ostatnim dziesięcioleciu wynosiłaby 20.677. Z tego na poronienia kryminalne przypadnie 16.541—18.609, skoro przyjąć, jak to czyni większość autorów, że 80%—90% z ogólnej liczby poronień przypada na te ostatnie. Jeśli osobno potraktować trzy ostatnie lata 1934—1936, kiedy, jak wykazuje ryc. 1, ilość poronień zarejestrowanych znacznie wzrosła, a stosunek porodów do poronień wynosi już 2 : 1, to rozumując w wyżej podany sposób dojdziemy, że roczna ilość poronień kryminalnych we Lwowie waha się ostatnio między 2.149 a 2.418. Podzieliwszy zaś domniemaną liczbę poronień kryminalnych w ciągu lat dziesięciu przez 150 zgonów kobiet po poronieniu, jakie zaszły w tym dziesięcioleciu we Lwowie, otrzymamy, że każde 110—120 poronienie kryminalne zakończyło się śmiertelnie.

Właśnie tych 150 śmiertelnych przypadków jest przedmiotem dokładnego omówienia w niniejszej pracy. Jako materiał posłużyły mi protokoły sekcyjne Zakładu Medycyny Sądowej i Anatomii Patologicznej U. J. K. we Lwowie, historie chorób tych zmarłych z oddziałów położniczych, wewnętrznych i zakaźnych lwowskich zakładów leczniczych oraz doniesienia poszczególnych komisariatów policyjnych, dostarczających zwłoki kobiet, podejrzanych o spędzenie płodu, do Zakładu Medycyny Sądowej.

Na ogólną liczbę 150 przypadków 84 było sekcjonowanych w Zakładzie Medycyny Sądowej, a 66 w Zakładzie Anatomii Patologicznej. Aby nie mącić statystyki, pominięte zostały te wszystkie niejasne przypadki zgonów, gdzie tylko istniał cień możliwości, że śmierć kobiety była następstwem poronienia samoistnego, przypadkowego, czy też jakiejś innej współistniejącej choroby przewlekłej lub ostrej gorączkowej. Dla przykładu podam przypadek kobiety, która w bardzo ciężkim stanie z różą sromu została przywieziona na Oddział Zakaźny. Z wywiadów nic pewnego dowiedzieć się nie było można. Odbycie poronienia zostało przed lekarzem zatajone. Po dwóch dniach zejście śmiertelne. W danym wypadku nie można rozstrzygnąć, czy pierwotne było poronienie, a następstwem róża i posocznica, co

jest bardziej prawdopodobne, czy też pierwotna róża, która wywołała poronienie i zejście śmiertelne. Tu śledztwo policyjne, przesłuchanie osób z najbliższego otoczenia zmarłej mogłoby sprawę wyjaśnić. Pominąłem również 7 przypadków zgonu w następstwie zatrucia, gdyż nie udało się ustalić, czy denatka przyjęła truciznę w celach samobójczych, czy też w celach spędzenia płodu. Natomiast wliczono do statystyki te wszystkie przypadki sekcjonowane w Zakładzie Medycyny Sądowej i Anatomii Patologicznej, gdzie na sekcji wykazano, że przyczyną śmierci danej kobiety było zakażenie organizmu, dla którego punktem wyjścia była macica po poronieniu. I chociaż dla kilkudziesięciu przypadków nie ma pewnego dowodu, że poronienia, które stały się pośrednią przyczyną śmierci, były wywołane sztucznie, to jednak wliczono je tu, gdyż, jak uczy doświadczenie i jak zgodnie podkreślają wszyscy autorowie, każde poronienie, przebiegające burzliwie, z wysoką gorączką, z komplikacjami, należy rozpatrywać jako sprowokowane. Prof. Heynemann, omawiając szeroko poronienia (*Biologie und Patologie des Weibes*, 1927) stwierdza, że ilość poronień wzrosła niezmiernie, co pozostaje w związku ze zwiększeniem się poronień kryminalnych. Wprawdzie samoistne poronienia istniały dawniej, ale, jak uczą stare podręczniki położnictwa, zdarzały się bardzo rzadko, przebieg ich był łagodny, prawie bez gorączki i poważniejszych powikłań. Jako przykład podaje prof. Heynemann miasto Kiel, gdzie jeszcze w latach 80-tych ubiegłego stulecia nie notowano ani jednego przypadku śmiertelnego po poronieniu. A w latach 90-tych przypadki śmierci z powodu poronienia należą do rzadkości. Dlatego też każe prof. Heynemann każde poronienie, przebiegające z wysoką gorączką, z powikłaniami, a do tego kończące się śmiercią traktować jako sprowokowane, kryminalne. Trzymając się tej zasady, wliczyłem tu tych kilkadziesiąt przypadków śmierci po poronieniach, sekcjonowanych przeważnie w Zakładzie Anatomii Patologicznej, jakkolwiek, jak zaznaczyłem wyżej, nie ma pewnych dowodów, że poronienia te zostały sprowokowane w celu pozbycia się płodu.

Przechodząc do szczegółowego przedstawienia omawianych 150 przypadków zgonu kobiet po poronieniach, można wyodrębnić, ze względu na przyczynę śmierci, następujących sześć grup:

I.	Zapalenie otrzewnej	51 przypadków
II.	Posocznico-ropnica (*septicopyemia*)	36 „
III.	Posocznica (*sepsis*)	22 „
IV.	Skrwawienie	5 „
V.	Zatrucie	1 „
VI.	Obrażenia narządu rodnego i w związku z tym zejście śmiertelne	35 „
		150 przypadków

Ad I. Jak widać z tego zestawienia, najczęstszą przyczyną śmierci po sztucznym poronieniu jest zapalenie otrzewnej, występujące w postaci ropnej, rzadziej włóknikowo-ropnej. W większości wypadków ilość wypociny w jamie brzusznej bardzo obfita. Bakterie dostają się do jamy macicy przez nieczyste narzędzia, ręce itp. Stąd albo przez ścianę macicy naczyniami chłonnymi przedostają się do jamy otrzewnej, albo bezpośrednio z jamy macicy przez jajowody. W przypadkach świeżych macica mniej lub więcej powiększona, jej błona śluzowa ropnie lub zgorzelinowo zapalona, niejednokrotnie w świetle macicy resztki łożyska i jaja płodowego. Mięsień macicy przekrwiony, niekiedy ropne zapalenie mięśnia macicznego i przymacicza. Otrzewna bez połysku, nastrzykana. Czasem ostre zapalenie jajników, lub małe ropnie w nich a nieraz ich całkowite zropienie, szczególnie jajnika, zawierającego ciałko żółte. Śledziona zazwyczaj powiększona. Narządy wewnętrzne bez wyraźnych zmian. W wypadkach szerzenia się zakażenia przez jajowody, stwierdza się w nich ropę i to stanowi moment rozpoznawczy, na jakiej drodze przyszło do zakażenia otrzewnej. Gdy zakażenie idzie drogą naczyń chłonnych, jajowody są wolne. W większości naszych przypadków zakażenie szło jedną i drugą drogą równocześnie. Od zabiegu do wystąpienia pierwszych objawów zapalenia otrzewnej upływało zazwyczaj 3—8 dni. Śmierć następowała w większości wypadków w jeden do trzech tygodni po zabiegu. W jednym przypadku śmierć wystąpiła już na piąty dzień po poronieniu.

Przykład: W. J., l. 25, zamężna, w wywiadach podaje, iż przed półtora tygodniem w celach spędzenia płodu udała się do akuszerki, która manipulowała w narządzie rodnym jakimś narzędziem. Na drugi dzień zaczęła krwawić. Od czterech dni bóle dołem brzucha, obecnie cały brzuch bolesny. Przywieziona do szpitala zmarła po dwudniowym pobycie wśród typowych objawów zapalenia otrzewnej.

Sekcja nr 11/30, wykonana w Zakładzie Medycyny Sądowej wykazała jako przyczynę śmierci włóknikowo-ropne zapalenie otrzewnej, którego punktem wyjścia była macica po poronieniu. W jamie brzusznej obfita ilość ropy. Pętle jelitowe i sieć większa pozlepiane ze sobą wiotkimi zlepami. Na otrzewnej jelitowej i ściennej oraz na powierzchni wątroby złogi zropiałego włóknika. Narządy wewnętrzne, poza wątrobą na przekroju kruchą oraz nerkami o nieco zatartym rysunku, bez zmian. Tylna powierzchnia macicy zlepiona z kiszką stolcową. Przydatki i macica pokryte złogami zropiałego włóknika, również zagłębienie pęcherzowo-maciczne. Macica powiększona, dochodzi do wielkości dużej gruszki. Powierzchnia jamy macicy nierówna, ze strzępami łożyska, pokryta brudno-zieloną, cuchnącą treścią. Trąbki rozszerzone, na przekroju ściana ich zgrubiała, zawierają treść ropiastą. W prawym jajniku ciałko żółte wielkości grochu.

Ad II. Drugą najczęstszą przyczyną śmierci w naszym materiale jest posocznico-ropnica. Obejmuje 36 przypadków. Zakażenie szerzy się tu drogami limfatycznymi, albo, co częściej, naczyniami żylnymi. Nieraz jest widoczna dokładnie droga szerzenia się zakażenia z jamy macicy przez naczynia ściany macicy, przez żylny splot naczyniowy, żyły szerokich więzadeł do żyły podbrzusznej, z niej do udowej itd. Na przekroju macicy z jej mięśniówki kroplami wydobywa się ropa. Charakterystyczną cechą tego zakażenia jest to, że bakterie tu bardzo szybko z jamy macicy dostają się do krwi, wywołując zakrzepowe, ropne zapalenie naczyń żylnych. Zakrzepy te szybko rozmiękają, ropieją i stają się punktem wyjścia dla ropni przerzutowych. Nie ma w organizmie narządu ani tkanki, gdzieby takie ropnie nie mogły powstać. W naszym materiale, pominąwszy macicę i przymacicza, najczęściej płuca, nerki i śledziona są siedliskiem ropni przerzutowych. Ropnie te różnej wielkości, od najmniejszych prosówkowych, ledwie dostrzegalnych okiem (najczęściej nerki), mogą dochodzić do wielkości pomarańczy (płuca). Drugą znamienną i stałą cechą w obrazie sekcyjnym jest ostry, zakaźny obrzęk śledziony. Śledziona duża, brudno-czerwona, o rysunku zatartym, „rozłażąca się". Narządy wewnętrzne miąższowo, a niejednokrotnie tłuszczowo zwyrodniałe. Nieraz żółtaczka. Jako niestałe powikłanie spotyka się świeże zapalenie zastawek sercowych, brodawkowe lub wrzodziejące. W naszym materiale wyłącznie na zastawce dwudzielnej (7 razy). Dalej ropne zapalenie błon surowiczych, szczególnie opłucnych i otrzewnej, rozległe ropowice podotrzewnowe, ropowice na kończynach i tułowiu (5 razy) i dwukrotnie w naszym materiale ropne zapalenie jednego lub więcej stawów. Od chwili poronienia do wystąpienia pierwszych objawów posocznico-ropnicy upływało przeciętnie 2—4 dni, a zejście śmiertelne następowało w 2—4 tygodnie.

Przykład I.: M. Ł.: lat 22, wolna, w wywiadach podaje, że przed tygodniem „samoistnie" poroniła. Od tego czasu plami, czuje się chora i coraz bardziej podupada na siłach. Miewa dreszcze i gorączkuje do 39°. Po dwunastodniowym pobycie na Klinice Położniczej zmarła wśród objawów posocznico-ropnicy.

Sekcja nr 202/34 w Zakładzie Medycyny Sądowej stwierdziła jako przyczynę śmierci ogólne ropne zakażenie organizmu, dla którego punktem wyjścia była macica po poronieniu. W prawej jamie opłucnowej około 200 cm³ rzadkiego ropiastego płynu. Płuco prawe szmaciaste, na przekroju zielonawo zabarwione, w dolnym płacie szereg drobnych ognisk ropnych, dochodzących do wielkości soczewicy oraz w przedniej części tuż pod opłucną ognisko wypełnione żółtą ropą, wielkości jaja gołębiego, otoczone „rozłażącą się" tkanką płucną. Światło jego komunikuje z jamą opłucnową. W obu płucach na przekroju treść śluzowo-ropna w oskrzelach. Śledziona duża, powiększona niemal czterokrotnie, na przekroju sinawo-różowa „rozłażącym się" miąższu. W górnym biegunie śledziony tuż pod torebką ropień wielkości jaja gołębiego. Nerki powiększone, na powierzchni i na przekroju szereg ognisk różnej wielkości, ciemno-czerwonych, bądź też ropiastych żółtych. Rysunek nerek zatarty, miąższ ćmy, jakby zgotowany. Wątroba powiększona, ćma, wybitnie krucha. Macica wielkości pięści mężczyzny. Wnętrze macicy utworzone z „rozłażącej się", rozpulchnionej, zielonawo zabarwionej tkanki, wśród której miejscami z trudnością można rozpoznać resztki błony śluzowej. W jajniku lewym ciałko żółte ciążowe.

Przykład II.: K. B., lat 21, zamężna, podaje, że przed dziesięciu dniami poroniła. Na czwarty dzień po poronieniu nagle gorączka 39°, dreszcze, ogólne osłabienie. Po siedmiodniowym pobycie w szpitalu zmarła.

Sekcja nr 824/29 wykonana w Zakładzie Anatomii Patologicznej wykazała posocznico-ropnicę jako przyczynę śmierci. Zakażenie wyszło z ropnego zapalenia jamy macicy w następstwie poronienia. Jako powikłania stwierdzono świeże wrzodzie-

jące zapalenie zastawki dwudzielnej, zawały septyczne mięśnia sercowego i nerek, obustronne ropne zapalenie jam opłucnowych oraz zapalenie prawego stawu nadgarstkowego.

Ad III. Trzecią grupę, obejmującą 22 przypadki, stanowi posocznica. Obraz anatomo-patologiczny w tej grupie jest najmniej charakterystyczny. Wydanie opinii w tych przypadkach nie jest łatwe i nieraz, gdy przypadek nie jest świeży, a szczególnie gdy nie można się posłużyć historią choroby kobiety, nastręcza bardzo wielkie trudności. W tej grupie objawy kliniczne są najbardziej miarodajne i decydujące, chociaż mogą zdarzyć się wypadki, że klinicznie przypadku nie rozpoznano i dopiero sekcja wyjaśniła dokładnie przyczynę śmierci i tło kryminalne, jak to miało miejsce w jednym naszym przypadku, dotyczącym kobiety, K. P., lat 35, służącej z zawodu. Kobieta ta zgłosiła się do szpitala jako chora. Zataiła przed lekarzem odbycie poronienia. Ciężki stan chorej i zejście śmiertelne tłumaczono jednym z dość częstych powikłań posocznicy — odoskrzelowym zapaleniem płuc i chociaż na krótko przed śmiercią dołączyło się jeszcze zapalenie otrzewnej, to jednak nie znano właściwego punktu wyjścia dla niego. Chora zmarła z rozpoznaniem: *pneumonia lobaris, peritonitis, adnexitis dextra.*

Sekcja nr 759/29, w Zakładzie Anatomii Patologicznej wyjaśniła przypadek, znajdując macicę po świeżo odbytym poronieniu, jej stan zapalny, co było punktem wyjścia dla posocznicy oraz jej powikłań: odoskrzelowego zapalenia płuc i zapalenia otrzewnej. A fakt zatajenia przez chorą odbycia poronienia wyraźnie przemawia za jego tłem kryminalnym.

W świeżych przypadkach posocznicy stwierdza się na stole sekcyjnym powiększoną mniej lub więcej macicę, niejednokrotnie z resztkami jaja płodowego lub łożyska w jej świetle, stan zapalny jamy macicy, nieraz zapalenie przymacicz, zwyrodnienie miąższowe narządów wewnętrznych, powiększoną miernie śledzionę, ale nie rozłażącą się tak, jak przy ropnicy. Nieraz żółtaczkę, objawy hemolizy, wybroczynki na skórze i w narządach wewnętrznych oraz płyn zapalny w jamach surowiczych, najczęściej w jamie otrzewnej i jamach opłucnowych. Dość częstym powikłaniem, jak wspomniałem, jest odoskrzelowe zapalenie płuc lub rozlany nieżyt oskrzeli. Prócz wymienionych objawów można spotkać niektóre z cech prawdopodobnych ciąży, jak pigmentację, wydzielinę z gruczołów piersiowych itd. Te cechy prawdopodobne ciąży spotkać oczywiście można we wszystkich omawianych grupach bez względu na przyczynę śmierci. Od chwili poronienia do wystąpienia pierwszych objawów posocznicy upływało przeciętnie od paru dni do tygodnia, a w dwa do trzy tygodnie następowało zejście śmiertelne.

Przykład: D. K., lat 20, wolna, podaje, że przed kilku dniami w celu spędzenia płodu poszła do „babki", która wykonała u niej jakiś zabieg w narządzie rodnym. W trzy dni po zabiegu dreszcze, gorączka ponad 38°, ogólne osłabienie, bóle głowy i brzucha oraz wybroczynki na skórze, imitujące drobno-plamistą osutkę płoniczą.

Sekcja nr 369/35 w Zakładzie Medycyny Sądowej stwierdziła, że przyczyną śmierci była posocznica, a punktem wyjścia macica po poronieniu. Sutki duże o przebarwionych obwódkach, za uciskiem wydobywa się z nich treść surowiczo-biaława. Na skórze klatki piersiowej od przodu, w okolicy dołków łokciowych oraz pachwin obfita ilość drobnych, ciemno-czerwonych, punkcikowatych wybroczynek. W obu jamach opłucnowych po 300 cm^3 rzadkiego, ropiastego płynu. Poza tym rozsiane odoskrzelowe zapalenie płuc. Śledziona powiększona, o miąższu zbierającym się na nożu. Zwyrodnienie miąższowe narządów wewnętrznych. Jajnik lewy pokryty gęstym nalotem włóknika, a w nim ciałko żółte ciążowe. Ropa w lewym jajowodzie. W przymaciczu lewym na przekroju szereg drobnych ognisk ropnych. Macica powiększona, po poronieniu, a jama jej wykazuje zgorzelinowo-ropne zapalenie.

Ad IV. Skrwawienie w naszym materiale zdarzyło się w pięciu przypadkach. (Jeszcze jeden przypadek skrwawienia ze względu na obrażenia został wliczony do ostatniej grupy 35 przypadków obrażeń). Obraz sekcyjny, gdy zwłoki są świeże i niedotknięte rozkładem, jest jasny i nie nastręcza większych trudności rozpoznawczych. Uderza w tych wypadkach bladość powłok skórnych i wszystkich narządów wewnętrznych. Nieraz stwierdza się wybroczynki i podbiegnięcia krwawe pod wsierdziem oraz krew płynną w naczyniach. Jeżeli w tych wypadkach po poronieniu stwierdza się macicę powiększoną, brak zaś powodów do skrwawienia się z innych narządów, sprawa jest jasna, a wydanie opinii łatwe.

W ogóle w tych wypadkach śmierć następuje w krótkim czasie po zabiegu, nieraz natychmiast. W jednym przypadku na trzeci dzień po zabiegu. Na naszym materiale nie dało się dokładnie ustalić czasu, który upłynął od chwili zabiegu do chwili zejścia śmiertelnego, gdyż większość zmarłych z powodu skrwawienia była dostarczana przez komisariaty, a w doniesieniach ich brak danych.

Przykład: A. H., lat 47, zamężna, w wywiadach podała, że będąc matką już ośmiorga dzieci, z obawy przed przyjściem na świat dziewiątego, udała się do akuszerki, która miała wykonać wyskrobanie jamy macicy. Z powodu ciężkiego stanu po zabiegu została przywieziona na Klinikę Położniczą, gdzie zmarła.

Sekcja nr 1/34 w Zakładzie Medycyny Sądowej. Wybitna bladość powłok skórnych i narządów wewnętrznych. Macica powiększona, po poronieniu. Przyczyną śmierci było skrwawienie po poronieniu sztucznym i mechanicznym, najprawdopodobniej skrobaniu, za czym przemawia dość równa powierzchnia w miejscu, gdzie było usadowione łożysko.

Ad V. W tej grupie mamy tylko jeden przypadek, gdzie śmierć nastąpiła wskutek zatrucia, po doustnym przyjęciu leku, mającego na celu spędzenie płodu. Przypadek ten dotyczył kobiety, H. M., lat 28, zamężnej, będącej w szóstym tygodniu ciąży. W wywiadach podała, że zażyła jakiś lek, podany jakoby przez lekarza, chcąc pozbyć się płodu. Na drugi dzień chora zmarła, a sekcja nr 169/35 w Zakładzie Medycyny Sądowej wykazała, że śmierć nastąpiła wskutek zatrucia nieznaną substancją.

Na obraz anatomo-patologiczny składało się powiększenie śledziony i wątroby, ostry nieżyt żołądka, wybroczynki w okolicy wpustu, obrzęk i żółtaczkowe zabarwienie śluzówki dwunastnicy. Macica nieco powiększona, a w jej jamie w okolicy rogu lewego wśród krwawych skrzepów jajo płodowe otoczone kosmówką wielkości orzecha laskowego. W lewym jajniku ciałko żółte ciążowe.

Jak już wyżej zaznaczyłem, pominąłem 7 przypadków śmierci ciężarnych po zatruciach, gdzie nie można było ustalić czy środki te były przyjęte w celach spędzenia płodu, czy też w celach samobójczych. Za tą drugą możliwością przemawiałoby to, że w większości przypadków były użyte takie trucizny, jak kwas solny, amoniak i inne, a więc środki, które wśród szerszych warstw ludności nie uchodzą za środki wybitnie abortywne. Z wywiadów od tych kobiet niczego dowiedzieć się nie było można, gdyż przywożone do szpitala w stanie ciężkim, nieprzytomnym, umierały tego samego lub następnego dnia, nie odzyskawszy przytomności.

Ad VI. Ostatnią w końcu grupę stanowią obrażenia mechaniczne narządu rodnego i w związku z tym zejście śmiertelne. Obrażenia te powstały niewątpliwie w związku i w czasie zabiegów mechanicznych, mających na celu spędzenie płodu. Na ogólną liczbę 150 śmiertelnych przypadków poronień, w 35 przypadkach stwierdzono obrażenia. Z tego 20 było sekcjonowanych w Zakładzie Medycyny Sądowej, a 15 w Zakładzie Anatomii Patologicznej.

Ze względu na umiejscowienie obrażeń narządu rodnego można wyróżnić 5 podgrup:

a) obrażenia warg mniejszych tuż u wejścia do pochwy i pochwy samej	5	przypadków
b) obrażenia załamków	7	„
c) obrażenia części pochwowej i szyjki macicy	18	„
d) przebicia dna macicy	3	„
e) obrażenia mnogie	2	„
	35	przypadków

Ad a). Obrażenia warg mniejszych tuż u wejścia do pochwy i pochwy samej przedstawiają się pod postacią naddarć błony śluzowej i podśluzowej albo kanałów ślepo kończących się w tkance okołopochwowej lub, jak w jednym przypadku, dotyczącym kobiety zamężnej, B. K., lat 28, której zwłoki zostały dostarczone przez komisariat, w szyi macicy. Mianowicie na przedniej ścianie pochwy (prot. sek. 346/30, Med. Sąd.), w połowie jej długości stwierdza się rankę okrągłą, wielkości soczewicy, o brzegach gładkich, cienkich, a w niej ropę. Ranką tą zaczyna się kanał, wypełniony też ropą, o średnicy około 1 cm długości 8 cm, idący stale wśród przedniej ściany pochwy, przechodzący następnie przez przednią ścianę szyjki i ślepo się w niej kończący. Ostateczną przyczyną śmierci była posocznica.

Ad b). Załamki pochwowe uległy obrażeniom 7 razy, z czego tylne 2 razy, przednie 5 razy. Obrażenia te pod postacią przebić lub owrzodzeń po przebiciach, rzadziej płytkie, częściej głębiej drążące, kończą się w przymaciczach, stając się punktem wyjścia dla ropni lub komunikują z jamą Douglasa.

Jeden taki przypadek pozwolę sobie przytoczyć. Jest on o tyle godny uwagi, że śmierć, pozostająca niewątpliwie w związ-

ku z uszkodzeniem załamka przedniego, nastąpiła dopiero po roku. Kobieta, P. A., lat 33, wolna, podaje w wywiadach, że obecna choroba zaczęła się przed 3 dniami nagle, bez powodu, dreszczami, gorączką dochodzącą do 39°, wymiotami i ogólnym osłabieniem. Obecnie skarży się na gwałtowne bóle nad talerzem biodrowym prawym. Dodatkowo podaje, że przed rokiem poroniła i od tego czasu czuła się chora, spadła ze sił, nieraz miewała dreszczyki. Stan chorej ciężki, ciepłota 38°, tętno 132 uderzeń na minutę. Bolesność przy ucisku na podbrzusze, szczególnie po stronie prawej, nieco niżej punktu Mac-Burney'a. Chirurg nie mógł stwierdzić zapalenia wyrostka robaczkowego, a położnik stwierdził zapalenie prawego przymacicza. Na drugi dzień chora zmarła.

Sekcja, wykonana w dniu 28. V. 1931 r. w Zakładzie Anatomii Patologicznej, wykazała stary wrzód w przednim sklepieniu pochwy, prowadzący do tkanki okołomacicznej po stronie prawej, w której znajduje się guz z tkanki bliznowatej, a w nim ogniska ropne i zgorzelinowe. Prócz tego odoskrzelowe zapalenie płuc, powiększenie śledziony i zwyrodnienie tłuszczowe narządów wewnętrznych.

Opinia: na tle sztucznego przebicia przedniego sklepienia pochwy przyszło do zapalenia ropnego i zgorzelinowego tkanki okołomacicznej. Sprawa uległa otorbieniu. Na tle przebicia sprawy do przymacicznego naczynia żylnego powstało ostatecznie zgorzelinowe zapalenie płuc i zakażenie krwi.

Ad c). Najczęściej w naszym materiale, bo 18 razy, uległa obrażeniom szyjka macicy wraz z częścią pochwową. Na części pochwowej od strony zewnętrznej obrażenia te o charakterze małych, powierzchownych ranek kłutych, wypełnione ropą, wrzodziejące (3). W samej szyjce obrażenia przedstawiają się pod postacią pęknięć błony śluzowej i podśluzowej, wgnieceń (cewniki, rozszerzadła mechaniczne itp.), a najczęściej otworów dających początek kanałom, już to kończącym się ślepo w mięśniówce szyjki, już to przebijającym ścianę szyjki na wylot (5) i komunikującym z wolną jamą otrzewnową lub jamą Douglasa. Trzykrotnie była przebita ściana tylna szyjki, dwukrotnie szyja na przejściu ściany przedniej w tylną, raz po stronie prawej, raz zaś po lewej. W dwóch wypadkach po przebiciu szyjki obrażeniom uległa również prostnica.

Przykład: W. M., lat 27, zamężna. W wywiadach podaje, że poprzedniej nocy upadła. Natychmiast zaczęła krwawić z narządów rodnych i uczuła bóle dołem brzucha. Po blisko czterotygodniowym pobycie w szpitalu zmarła wśród typowych objawów septycznych i ogólnego wyniszczenia.

Sekcja nr 45/34 w Zakładzie Anatomii Patologicznej wykazała w górnej części szyjki macicy po stronie lewej otwór nieznacznie owalny, o wymiarach 9×11 mm, o brzegach dość równych, pokrytych obficie treścią brudno-zieloną, cuchnącą. Otwór ten stanowi początek kanału przebijającego na wylot szyjkę macicy i prowadzi do bardzo zmienionej tkanki przymacicza lewego. W dalszym ciągu, odpowiednio do tego kanału, stwierdza się otwór w odbytnicy, drążący do jej światła. Przymacicze lewe zgorzelinowe, zropiałe. Ropienie postępuje ku górze, przebijając otrzewną więzadła szerokiego lewego wprost do jamy otrzewnowej. Z drugiej strony ropowica zgorzelinowa idzie ku przodowi na tkankę przypęcherzową. Jajnik i trąbka lewa zupełnie rozpadłe w procesie zgorzelinowo-ropnym. Prócz tego zakrzepowe zapalenie żył biodrowych i udowych. Ostateczna przyczyna śmierci — posocznica.

Ad d). Przebicie dna macicy spotykaliśmy w 3 przypadkach, z czego w jednym były 2 otwory: w okolicy ujścia trąbki prawej i na środku dna. W innym zaś po przebiciu dna macicy obrażeniom uległo również jelito cienkie pod postacią dwóch ubytków okrągławych, wielkości pięciozłotówek.

Ad e). Tu należą 2 przypadki, które ze względu na mnogość obrażeń i ich różne umiejscowienie nie dały się podciągnąć pod żadną z powyżej opisanych podgrup. W jednym wypadku nastąpiło dwukrotne przebicie tylnej i lewej ściany szyjki macicy, z wytworzeniem komunikacji do jamy Douglasa oraz oparzenie trzeciego stopnia jakimś środkiem żrącym pochwy i załamków pod postacią rozległych, o geograficznych zarysach, ubytków, o dnie gładkim, krwistym (prot. sek. 850/29, Zakł. Anat. Pat.). W drugim przypadku obok rozdarcia części pochwowej szerokości $^{1}/_{2}$ cm i obrażeń przedniej ściany szyjki przebite było dno macicy oraz tylna jej ściana.

Omawiane przypadki z obrażeniami narządu rodnego kończyły się śmiercią najczęściej z powodu zapalenia otrzewnej (17), nieco rzadziej powodem była posocznica (10) i posocznico-ropnica (7). W jednym przypadku obrażenia przyczyną śmierci było skrwawienie z dwóch podłużnych i głębokich pęknięć szyjki macicy, powstałych niewątpliwie w czasie i wskutek rozszerzania jej kanału.

Co się tyczy czasu, który upływał od chwili sztucznego spędzania płodu i zadania obrażeń do chwili zgonu, to był on różny. Przy obrażeniach umiejscowionych w wyższych częściach narządu rodnego, jak przy przebiciach dna, trzonu macicy oraz szyjki komunikujących z wolną jamą otrzewnową lub jamą Douglasa i kończących się zazwyczaj zapaleniem otrzewnej, zejście śmiertelne następowało przeciętnie od $1^{1}/_{2}$ do 3 tygodni. Przy obrażeniach zaś niższych części kanału rodnego, dotyczących szyjki (bez przebicia), części pochwowej macicy, pochwy i kończących się przeważnie posocznicą lub rzadziej już posocznico-ropnicą, śmierć następowała wśród bardzo znacznego nieraz wyniszczenia całego organizmu po tygodniach, a nawet miesiącach.

I stąd właśnie rekrutuje się większość naszych przypadków, tzw. śmierci późnej w ogólnej liczbie 14. Przypadki te zostały zaszeregowane do właściwych grup zależnie od przyczyny śmierci. Śmierć owych kobiet nastąpiła w większości wypadków po upływie kilku tygodni, przeciętnie od 5 do 7 od chwili poronienia. Raz po trzech miesiącach, raz po trzech i pół, a w jednym przypadku, opisanym powyżej (patrz *Ad b),* po upływie jednego roku. Obraz anatomo-patologiczny w takich przypadkach przewlekłych w samej macicy przeważnie nie wykazuje zmian. Natomiast znajdujemy zmiany w najbliższym otoczeniu macicy, w jamie miednicy i otrzewnej pod postacią zlepów albo zrostów między narządami, a wśród tych zrostów stare, otorbione różnej wielkości ropnie w przymaciczach i w jamie Douglasa. Z chwilą przebicia takiego ropnia, czy to do jamy otrzewnowej, czy też do naczynia krwionośnego, powstaje raz rozlane zapalenie otrzewnej, innym razem posocznica czy posocznico-ropnica, prowadząca ostatecznie do śmierci.

Przykład: D. J., lat 32, zamężna, wieloródka, podaje, że przed dwoma miesiącami sztucznie poroniła. W kilka dni później żółtaczka, dreszcze, ciepłota 40°, obrzęki nóg. I chociaż te początkowe ostre objawy po dwóch tygodniach osłabły, to jednak chora przez cały czas miewała bóle dołem brzucha, gorączkowała i coraz bardziej podupadała na siłach. Po 4-dniowym pobycie w Klinice Chorób Wewnętrznych chora zmarła.

Sekcja nr 940/31 w Zakładzie Anatomii Patologicznej wykazała ropne zapalenie jamy macicy, zlepy i zrosty w miednicy małej, a wśród nich ropnie. W płucach świeże ropnie przerzutowe, różnej wielkości, z których jeden przebił dając ropne zapalenie opłucnej prawej. Prócz tego ogólna bladość narządów wewnętrznych i zakrzepowe zapalenie żył biodrowych. Ostateczną przyczyną śmierci była posocznica.

Jeśli przypadki śmierci po obrażeniu narządu rodnego zaszeregować do odpowiednich grup według przyczyn śmierci, to ostatecznie zmarło kobiet po sztucznym poronieniu z powodu:

1) zapalenia otrzewnej	68
2) posocznico-ropnicy	43
3) posocznicy	32
4) skrwawienia	6
5) zatrucia	1
	150

Jak widać z tego zestawienia, najczęstszą przyczyną śmierci po sztucznym przerwaniu ciąży jest zapalenie otrzewnej. Drugie miejsce zajmuje posocznico-ropnica, trzecie posocznica. Zgadza się to z zestawieniami innych autorów, którzy też podają ten kolejny porządek: zapalenie otrzewnej, posocznico-ropnica itd., jakkolwiek są pewne różnice odsetkowe. Dla przykładu porównam nasze liczby procentowe z liczbami dra F e l c a, który opisuje 400 zgonów kobiet po poronieniach w Warszawie, za okres dziesięciolecia 1921—1930 r.

Zmarło kobiet po sztucznym poronieniu z powodu:

	w Warszawie	we Lwowie
zapalenia otrzewnej	41.7%	34.0%
posocznico-ropnicy	25,3%	24,0%
posocznicy	11,2%	14.7%
skrwawienia	2,0%	3.3%
zatrucia	1,5%	0,7%
obrażeń i w związku z tym zejść śmiert.	11,0%	23.3%

Nie było u nas ani jednego przypadku nagłego zgonu po poronieniu, np. wskutek wstrząsu, zatoru powietrznego. Zresztą autorowie, którzy takie przypadki opisują, podkreślają, że zdarzają się one rzadko.

W naszym zestawieniu uderza stosunkowo duża ilość obrażeń narządu rodnego, która wynosi 23,3%, podczas gdy dla Warszawy wyraża się ona liczbą 11%. Natomiast zgadza się ono ze statystyką H a b e r d y, który dla Wiednia stwierdził

również 23% obrażeń. Statystyki niemieckie wahają się w bardzo szerokich granicach od 16% do 54,6%.

Spośród wszystkich sześciu omawianych grup, przypadki z obrażeniami narządu rodnego stanowią najbardziej wdzięczne pole dla znawcy sądowego, jeśli chodzi o wydanie opinii. Jedynie w tych wypadkach, gdzie stwierdza się obrażenia oraz objawy odbytego poronienia, można prawie z całą pewnością rozpoznać tło kryminalne tego ostatniego. Zaznaczyć jednak trzeba, że nie każde obrażenie, stwierdzone w narządzie rodnym kobiety, musi bezwzględnie pozostawać w związku z mechanicznym dokonywaniem przerywania ciąży. Mogą bowiem zdarzyć się te nieliczne przypadki obrażeń, które są następstwem porodu, nieszczęśliwych wypadków, przewrotnych aktów płciowych oraz zabiegów leczniczych. Tutaj wszechstronne rozważenie przypadku łącznie ze śledztwem zazwyczaj łatwo wyświetli przyczynę obrażeń. Ale ponieważ, pominąwszy obrażenia po porodach, wszystkie inne są sporadyczne i należą do rzadkości, dlatego każde obrażenie narządu rodnego winno przede wszystkim kierować myśl na związek ich z poronieniem kryminalnym nawet przy braku objawów odbytego poronienia. Albowiem z jednej strony zdarzyć się może, że dany przypadek oceniamy w parę tygodni i dłużej po dokonanym spędzeniu płodu, kiedy więc wszystkie ślady poronienia miały czas ustąpić, a z drugiej strony obrażenia te mogły powstać w związku z usiłowanym spędzeniem ciąży nie istniejącej. Nieliczne takie przypadki notuje piśmiennictwo. Oczywiście, że żadnych już wątpliwości nie nasuwają te przypadki, gdzie stwierdza się obrażenia samego płodu, obecność w narządzie rodnym cewników, drutów, haczyków itp., a więc narzędzi, które nawet nie mogą pozorować instrumentów lekarskich. Również należy tu zaliczyć przypadki przebicia macicy z następowymi obrażeniami części sąsiednich, jak pęcherza, jelit itp.

W związku z obrażeniami narządu rodnego spotyka się niejednokrotnie lekarz znawca sądowy z pytaniami, jakim narzędziem i przez kogo zadane zostało to obrażenie? Czy przez samą ciężarną, czy też przez osoby inne?

Na te pytania tylko w bardzo wyjątkowych wypadkach będzie mógł dać lekarz wyczerpującą odpowiedź. Ani bowiem z charakteru rany oraz zachowania się jej brzegów, ani z wielkości, ani z umiejscowienia nic pozytywnego w tym kierunku wyczytać w ogóle nie można. Przy obrażeniach szyi i trzonu macicy, idących od światła, należy raczej myśleć, że zadane one zostały przez osoby inne, które, jeśli nie znają nawet anatomii narządu rodnego, to do pewnego stopnia przynajmniej początkowo wprowadzają narzędzie pod kontrolą wzroku i im jest łatwiej trafić do tak małego otworu, jakim jest ujście zewnętrzne macicy i to szczególnie u kobiety, która jeszcze nie rodziła. Jeśli natomiast narzędzie jest prowadzone ręką samej ciężarnej, która nawet wzrokiem posłużyć się nie może, to raczej spowoduje ona obrażenie pochwy, załamków, części pochwowej macicy. Tak np. w jednym naszym przypadku chora podała, że w celu pozbycia się płodu sama wprowadziła sobie do pochwy wrzeciono, „szturkając" nim wewnątrz. Następstwem takiego „zabiegu" było zejście śmiertelne z powodu posocznicy, dla której punktem wyjścia stało się okrągławe, głębokie na 1 cm, o brzegach dość ostrych, owrzodzenie na części pochwowej macicy, w odległości 1,5 cm od ujścia zewnętrznego.

W końcu, co się tyczy samych obrażeń, muszę zaznaczyć, że ich ilość ostatnimi laty wzrosła. Podczas gdy w pierwszym pięcioleciu omawianego okresu czasu obrażenia zdarzały się tylko w 13 przypadkach, to w drugim wzrosły już do liczby 22. Można by to zjawisko tłumaczyć do pewnego stopnia tym, że coraz więcej osób w celach zarobkowych, w celach wzbogacenia się, szczególnie zaś osób nie mających żadnych ku temu kwalifikacyj, jak niepowołani, babki itp., podejmują się przerywania ciąży, czego następstwem są obrażenia i zejścia śmiertelne.

Dok. nast.

MEDYCYNA SPOŁECZNA

Dr E. PIOTROWSKI i Dr M. SŁONECKI Warszawa

Wyniki współpracy między ubezpieczalniami społecznymi a samorządami terytorialnymi i instytucjami społecznymi na polu profilaktyki

Zagadnienie współpracy między ubezpieczalniami społecznymi a samorządami terytorialnymi, biorące swoje prawne podstawy działania z art. 126 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniu społecznym, w brzmieniu ustalonym rozporządzeniem Prezydenta Rzplitej z dnia 25. X. 1934 r. Dz. U. R. P. Nr 95, poz. 855 — niemal do końca roku 1934 nie miało zupełnie cech jakiejś spoistości. Współpraca ta odbywała się bardzo luźnie i zależną była zupełnie od warunków miejscowych [1]).

Jakiejś idei przewodniej, która by koordynowała pracę ubezpieczalni z samorządami i instytucjami społecznymi, nie było. Każda z tych instytucyj działała na własną rękę i realizowała własne koncepcje, w miarę posiadanych funduszów.

I nie da się zaprzeczyć, że ubezpieczalnie społeczne, bezpośrednie sukcesorki kas chorych, rozporządzając większymi zasobami pieniężnymi, zwłaszcza w okresie, gdy pomocą lekarską obejmowały również pracowników rolnych, wyprzedziły pod tym względem samorząd i stworzyły cały szereg ambulatoriów czy punktów lekarskich w tych wszystkich miejscowościach, gdzie znajdowały się większe skupienia ubezpieczonych, zapewniając im zarówno pomoc lekarską jak i poradnictwo pielęgniarskie.

Po wyłączeniu rolnictwa z ubezpieczenia chorobowego, rozpoczął się odwrót instytucyj ubezpieczeń społecznych ze wsi do miast. W ten sposób powstała ogromna luka w organizacji pomocy lekarskiej na wsi, dotycząca klas pracujących najemnie, której dotychczas nikt należycie nie wypełnił.

O podniesieniu zdrowotności wsi nie pomyśleli ani pracodawcy rolni, nie uważając takich zadań za swój ustawowy obowiązek, ani też samorząd terytorialny, w braku ku temu odpowiednich funduszów i sprawa ta pozostaje nadal otwartą [2]).

Natomiast na terenie miast dały się zaobserwować pewne wysiłki rozmaitych instytucyj społecznych, ubezpieczalni i samorządów, zmierzające do podniesienia stanu zdrowotnego ludności czy to w formie zakładania poszczególnych poradni dla matek i dzieci, czy przychodni przeciwgruźliczych, jaglicznych i wenerycznych.

Były to jednak wysiłki przeważnie niestałe, często dublujące pracę i w końcu nie przynoszące ludności większych korzyści, a przy tym pochłaniające wielkie sumy pieniężne.

W ten chaos organizacyjny wkracza wreszcie Ministerstwo Opieki Społecznej okólnikiem z dnia 11. I. 1935 r. Nr UK. 40/14 i narzuca samorządom i ubezpieczalniom społecznym obowiązek współpracy i wzajemnego korzystania dla swych potrzeb z prowadzonych przez siebie zakładów i urządzeń leczniczych.

Władzom państwowym, wykonującym nadzór zarówno nad samorządami, jak i nad ubezpieczalniami, chodziło o to, aby poza wykorzystaniem dla wspólnych celów, dobra publicznego i ochrony zdrowia obywateli, istniejących już urządzeń i zakładów profilaktycznych, uzyskać również pewne celowe oszczędności zarówno w gospodarce ubezpieczeniowej, jak i samorządowej.

Ten krok Min. Op. Społ. był tym słuszniejszy, że w całym szeregu miast i miasteczek istniały pusto stojące dawne ambulatoria b. kas chorych, zlikwidowane na skutek reorganizacji lecznictwa ubezpieczeniowego i oparcia go o system lekarza domowego.

Poczynania Ministerstwa Opieki Społecznej, mające na celu koordynację pracy ubezpieczalni społecznych z samorządami były bardzo ostrożne. Najpierw bowiem drogą ankiety zebrano od tych instytucyj potrzebny materiał, dotyczący możliwości takiej współpracy.

Jakkolwiek więc wyniki tej ankiety zawierały wiele obopólnych skarg i wzajemnych żalów, to niemniej jednak pozwoliły na powzięcie przez czynniki nadzorcze niezłomnego przekonania, że taka współpraca jest możliwa i pożądana.

Wynikiem tego było wydanie przez Ministerstwo Opieki Społecznej przytoczonego wyżej polecenia, zalecającego nawiązanie współpracy między ubezpieczalniami społecznymi a samorządami, za pośrednictwem *ośrodków zdrowia*.

Mimo pewnego pesymizmu co do wartości tej współpracy, jaki znalazł swój wyraz w nr 1 z roku 1936 Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych [3]), trzeba przyznać bezstronnie, że zamierzenia te dały pewne pozytywne rezultaty.

Rezultaty te można było ocenić na podstawie sprawozdań ubezpieczalni społecznych o stanie współpracy ich z samorządami i instytucjami społecznymi oraz o zasięgu działalności ubezpieczalni na polu profilaktyki.

Materiały te dotyczą roku sprawozdawczego 1936 i zostały nadesłane przez 52 ubezpieczalnie społeczne.

Na ich podstawie możemy stwierdzić, że ubezpieczenia społeczne, w czasie wcale niedługim, wykazały bardzo szeroką akcję współpracy z wszystkimi prawie czynnikami, mającymi na celu zdrowie obywatela.

---

[1]) E. Piotrowski: Przegląd Ubezp. Społ. Nr 4. 1935.
[2]) E. Piotrowski: Pol. Gaz. Lek. Nr 18. 1937.
[3]) E. Piotrowski: Przegl. Ubezp. Społ. Nr 1. 1936.

Akcja ta oglądana w przekroju wszystkich ubezpieczalni, przedstawia bardzo różnokolorową tkaninę tak pod względem rodzaju i charakteru czynników współpracujących, jak i zakresu ich działania, rodzaju i sposobów współpracy oraz ich metod i form.

Składają się zaś na tę różnobarwną mozaikę z jednej strony dotąd jeszcze u nas nieujednostajniona i nieusystematyzowana akcja najrozmaitszych instytucyj, działających w jednym i tym samym zasięgu swych obowiązków i zainteresowań, z drugiej zaś strony większe lub mniejsze, a więc też różne możliwości finansowe tak ubezpieczalni, jako też czynników z nimi współpracujących, a wreszcie różnorakie właściwości miejscowe.

Gdybyśmy nawet wyniki tej współpracy chcieli ująć w jakieś przejrzyste, jednolite tabele orientacyjne czy wykresy — to było by to rzeczą niemożliwą — tym bardziej, że nie odzwierciedlały one wartości ani wspólnych poczynań, ani podjętych wysiłków — tak samo zresztą, jak niełatwo jest przedstawić dość wyraźnie w cyfrach wszystkich momentów ludzkiego życia i wszystkich jego przejawów.

Przypatrując się jednakże wspomnianej już wyżej różnobarwnej kanwie tej wspólnej pracy, można zauważyć pewne linie, oznaczające w ogóle pewne określone zadania i cele instytucyj współpracujących.

Uwypuklają się bowiem na jej tle pewne grupy zagadnień życiowych, które albo są powszechnie, tj. przez wszystkie ubezpieczalnie rozwiązywane, albo stanowią tylko zainteresowanie dla mniejszej grupy instytucyj.

Do tematów współpracy, dotyczących prawie wszystkich ubezpieczalni, należy zaliczyć najrozmaitsze postacie tej współpracy w zakresie:

1) ośrodków zdrowia,
2) opieki nad matką i dzieckiem,
3) opieki nad młodzieżą szkolną,
4) akcji kolonijnej.

1. Ośrodki zdrowia

Wszystkie ubezpieczalnie już to prowadzą własne ośrodki zdrowia, już to biorą udział we wspólnym prowadzeniu miejskich, czy powiatowych ośrodków zdrowia.

Ośrodki zdrowia udzielają opieki lekarskiej oraz pomocy leczniczej i opieki pielęgniarskiej przez swe różne przychodnie, jak: gruźlicze, weneryczne, jaglicze i inne.

Liczba tych ośrodków współpracujących z ubezpieczalniami przekracza kilkakrotnie liczbę istniejących i działających ubezpieczalni społecznych.

Instytucjami prowadzącymi te ośrodki wspólnie z ubezpieczalniami są: samorządy, instytucje państwowe, towarzystwa, komitety, związki i stowarzyszenia obywatelskie itp.

Forma współpracy ze strony ubezpieczeń jest różnoraka.

Przeważają subwencje gotówką, a poza tym ubezpieczalnie dostarczają własnych lokali, narzędzi, lekarzy opłacanych przez siebie już to całkowicie lub częściowo, higienistek, aparatów elektromedycznych, wolnych placów na leżalnie itp.

2. Stacje Opieki nad Matką i Dzieckiem

Są one prowadzone w sposób i na warunkach powyżej opisanych.

Liczba ich jest nieco mniejsza od liczby ośrodków zdrowia. Zakres obowiązków ośrodków i stacyj jest w ogóle jednolity, a wspólnym zasadniczym warunkiem współpracy we wszystkich poradniach jest zapewnienie opieki lekarskiej i pomocy leczniczej b. członkom ubezpieczalni społecznych, po wyczerpaniu przez nich ustawowych praw do leczenia.

3. Opieka nad dziatwą i młodzieżą szkolną

Współpraca ubezpieczalni wyraża się tu zasadniczo w subsydiowaniu gotówką na cele dożywiania.

Innymi formami wspólnej pracy są: bezpłatne lub opłacane kąpiele, dostarczanie tranu w okresach zimowych, utrzymywanie dzieci na koszt U. S. w sanatoriach (Łódź 13 dzieci w Łagiewnikach) oraz pomoc i opieka dentystyczna w szkołach.

W opisanym zakresie pomocy spośród wspomnianych 52 ubezpieczalni społecznych — 32 pracuje wspólnie ze specjalnymi instytucjami, opiekującymi się dziećmi i młodzieżą.

Do nich należą tego rodzaju towarzystwa jak np. Dom Dziecka w Chrzanowie, Komitet Ubogiej Młodzieży w Czortkowie, Związek Pracy Obywatelskiej Kobiet, Komitety Dożywiania, Rodziny i Rady Szkolne w Kielcach, Komitety Robotnicze, Koła Opieki Rodzicielskiej itp.

4. Akcja kolonijna

Akcja wypoczynkowych kolonij sezonowych i półkolonij jest prowadzona przez ubezpieczalnie nie tylko w zakresie własnym i to na szeroką skalę, lecz opiera się też na zasadzie subwencjonowania jej przez wszystkie niemal ubezpieczalnie społeczne.

Do współpracy tej wchodzą różne instytucje, jak. Wydziały Powiatowe, Związek Pracy Obywatelskiej Kobiet, Komitety Samorządowe i Prywatne, Instytucje Wojskowe, np. w Radomiu, Instytucje Państwowe, T. S. L., Koła Rodzicielskie i inne.

Akcja ta obejmuje swym działaniem nie tylko dzieci rzesz uprawnionych do świadczeń ze strony U. S., lecz też i inne ubezpieczeniem społecznym nieobjęte.

5. Akcja współpracy ubezpieczeń społecznych ze samorządem miast i instytucjami państwowymi

Obejmuje ona na pewnym odcinku swego działania również osoby, nie korzystające ustawowo ze świadczeń ubezpieczalni.

Na ten rodzaj współpracy składają się:

a) oddanie przez U. S. urzędnikom państwowym lub samorządowym i ubogim miasta pewnych własnych urządzeń leczniczych już to bezpłatnie, już to za opłatą zniżoną, jak np. oddanie zakładów leczenia fizykalnego, jak to praktykuje U. S. Biała, Gniezno, Przemyśl, Tarnów i Toruń; zezwolenie na korzystanie przez wymienionych z zakładów bakteriologicznych, zakładów Roentgena, np. w U. S. Częstochowa, Radom, Tarnów, użyczanie do użytku pogotowi sanitarnych i kąpieli, np. Toruń i inne;

b) udostępnienie pomocy u własnych specjalistów (Bielsko) lub u lekarzy leczących w ubezpieczalni w ogóle (Ostrowiec). Na zasadzie tejże współpracy ubezpieczalnia społeczna we Włocławku leczy gruźliczych m. Włocławka;

c) korzystanie z uzdrowisk własnych, np. Bielsko w Jaworzu dla kobiet i dzieci;

d) możność nabywania leków we własnych aptekach U. S. po cenie kosztów własnych.

Spośród 52 ubezpieczalni społecznych, ogółem 15 ubezpieczalni udziela tego rodzaju świadczeń pracownikom państwowym, komunalnym lub osobom ubogim, albo pomaga samorządom terytorialnym w celu ogólnego korzystania z własnych urządzeń samorządów (Białystok, Kraków, Łódź).

6. Pomoc dla bezrobotnych i ich rodzin

Na tym odcinku wspólna akcja ubezpieczeń społecznych znalazła swój wyraz w następujących formach pomocy: bezpłatne kąpiele, dożywianie, leczenie już to bezpłatne (Stryj, dla chorych wenerycznych i dla bezrobotnych w zimie, dalej Stanisławów i Częstochowa), już to za opłatą zryczałtowaną omówioną z miejscowym komitetem (Bielsko, Ciechanów), dostarczanie leków po cenach kosztów własnych (Biała, Krosno, Ostrowiec, Tczew, Radom), już to bezpłatnie, już to za opłatą.

7. Akcja zapobiegania chorobom zawodowym

Znalazła ona swój wyraz w periodycznym badaniu krwi u pracowników zatrudnionych w przemyśle, narażonych na zatrucie ołowiem (Biała), jako też ścisłej współpracy z lekarzami fabrycznymi (Tarnów - Mościce).

8. Współpraca z P. C. K.

Zasługuje ona na wyróżnienie w ubezpieczalniach: w Białej, Chrzanowie, gdzie U. S. dopomaga szkolnym apteczkom P. C. K., dalej w Grodnie, gdzie udziela się subsydium dla Stacji Opieki nad Matką i Dzieckiem prowadzonej przez P. C. K., w Przemyślu oraz w Łodzi, gdzie jest zorganizowana wspólna akcja dla zwalczania chorób wenerycznych. Ubezpieczalnia Społeczna w Łodzi dostarcza leków bezpłatnie i rocznie dopomaga P. C. K. kwotą 60.000 zł.

Nie bez znaczenia jest współpraca ubezpieczalni społecznych w Ostrowcu, Szamotułach i Wilnie, gdzie wspólna akcja ma na celu zapobieganie szerzeniu się chorób wenerycznych i jaglicy.

9. Współpraca w zakresie propagandy i higieny

Należą tu:

a) odczyty prowadzone publicznie przez różne instytucje wspólnie z U. S.,

b) kursy dla matek z wykładami i ćwiczeniami, prowadzone przy wspólnym wysiłku krakowskiej U. S. z Zarządem miasta i Wydziałem powiatowym,

c) szkoły zdrowia, prowadzone przez te same instytucje,

d) wyświetlanie w kinach bezpłatnych filmów z zakresu gruźlicy (Tczew).

10. Praca w zakresie szczepień ochronnych i eugeniki

Na tym odcinku profilaktyki należy choćby w streszczeniu wymienić:

a) szczepienia ochronne B. C. G. w Gdyni,

b) wspólna akcja innych szczepień w różnych U. S. (Ostrów, Rzeszów, Łódź z Komitetem walki z błonicą),

c) subsydia dla towarzystw eugenicznych (Lwów, Pabianice, Gdynia),

d) subsydia dla stacyj obyczajowych (Lublin) i dla Towarzystwa walki z rakiem (Łódź).

11. Współpraca U. S. ze szpitalami i klinikami uniwersyteckimi

Poza codziennym kontaktem na tle wzajemnych świadczeń ustawowych, wyróżniają się takie świadczenia wzajemne, jak:

a) dostarczanie miejscowemu szpitalowi leków po cenach kosztów własnych przez U. S. w Baranowiczach,

b) prowadzenie Stacji odmowej przy szpitalu przez U. S. w Stryju,

c) bezpłatna praca lekarzy U. S. w Tarnopolu na oddziale gruźliczym szpitala,

d) wspólna praca ubezpieczalni społecznej w Poznaniu z Kliniką Pediatryczną na terenie Stacji Opieki nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu,

e) organizowanie kolonij letnich wspólnie z Kliniką Pediatryczną w Wilnie,

f) dzierżawienie lokalu dla szpitala gruźliczego w Częstochowie,

g) dzierżawienie przez U. S w Lesznie od Magistratu w Rawiczu budynku, w którym prowadzi Ubezpieczalnia szpital, udzielając wzamian za to ulg dla leczonych z gminy tego miasta.

12. Współpraca U. S. w innych pozostałych gałęziach opieki nad zdrowiem

Jest ona tak różnorodna, jak bardzo różnymi są zadania i obowiązki instytucyj subsydiowanych w gotówce lub w naturze przez ubezpieczalnie społeczne.

Wystarczy tu wymienić różne stowarzyszenia charytatywne np. w Chrzanowie, zakłady dla sierot i żłobki w Nowym Sączu, poradnie sportowe w Tarnowie, obozy harcerskie w Rademiu, związki strzeleckie i rezerwistów w Lublinie, urzędy P. W. i W. F. w Krakowie i Poznaniu oraz towarzystwa przyjaciół dzieci, towarzystwa opieki nad młodzieżą i inne.

*

Opisane rodzaje współpracy ubezpieczeń społecznych znajdują z natury rzeczy swoje odbicie w budżetach ubezpieczalni społecznych, pomimo że w cyfrach budżetowych należy uwzględnić jeszcze i ten wkład pracy lekarzy i urzędników U. S. oraz inne świadczenia w naturze, jak np. lokale i sprzęty, które nie są ujęte cyframi.

Wydatek pieniężny ubezpieczalni społecznych przeznaczony na współpracę z samorządami i innymi instytucjami, znajduje się w tej części budżetów, gdzie wykazywane są koszty związane z akcją profilaktyczną ubezpieczeń społecznych. Porównanie przeto tych kwot w pewnych latach zezwoli choćby na powierzchowne zorientowanie się w wydatkach na cele współpracy.

I tak: w r. 1933 przy przeciętnej składce rocznej na ubezpieczonego, wynoszącej 91,30 zł, koszty profilaktyki wynosiły 3.346.627 zł, tj. 1,93% w stosunku do składek, czyli 1,76 zł na ubezpieczonego.

W r. 1934 przy składce rocznej 64.23 zł, profilaktyka kosztowała 2.236.969 zł, tj. 2,1%, a więc 1,37 zł na ubezpieczonego.

W r. 1935 przy składce rocznej 62.31 zł, profilaktyka kosztowała 1.387.064 zł, tj. 1,3%, czyli 0,82 zł na głowę ubezpieczonego.

W r. 1936 przy składce rocznej 59.76 zł i przy kosztach na profilaktykę w wysokości 2.875.441 zł, wydano 2,7%, czyli 1,62 zł na ubezpieczonego.

W r. 1937 zatwierdzono budżety przy składce rocznej 60.33 zł z wydatkiem na profilaktykę w wysokości 3,282.328 zł, tj. 3,1%, czyli w wysokości 1,87 zł na ubezpieczonego.

Na rok 1937 Zakład Ubezpieczeń Społecznych w budżetach Ubezpieczalni *na same tylko ośrodki zdrowia, subwencjonowane przez U. S. przeznaczył gotówką* 705.846 zł.

Na opiekę dentystyczną w szkołach przeznaczono w 20 ubezpieczalniach społecznych kwotę 52.156 zł.

Na kolonie zatwierdzono 852.835 zł.

Na półkolonie zatwierdzono 178.935 zł.

Na propagandę zatwierdzono 94.771 zł.

Na koszty prowadzenia własnych tylko przychodni profilaktycznych, z których korzystają też inne instytucje zatwierdzono 342.253 zł.

Poza tym na inne cele z zakresu profilaktyki, obejmujące subsydia gotówkowe dla bardzo różnych instytucyj przeznaczono w budżecie 645.952 zł.

Wszystkie niemal wydatki na ten cel preliminowane, zostały w r. 1937 znacznie przekroczone.

Na zakończenie parę cyfr jeszcze o ośrodkach zdrowia, przychodniach profilaktycznych i stacjach opieki nad matką i dzieckiem, a więc o tych komórkach, które w najszerszym zakresie biorą udział we współpracy.

Liczba przychodni obcych, subwencjonowanych przez ubezpieczalnie według budżetu na rok 1937 wynosiła: 137 poradni przeciwgruźliczych, wenerycznych i jagliczych subwencjonowanych przez 47 U. S.

Liczba obcych stacyj opieki nad matką i dzieckiem subwencjonowanych przez 33 U. S. wynosiła 68.

Poza wymienionymi poradniami i stacjami, 40 ubezpieczalni społecznych subwencjonowało 142 ośrodków zdrowia.

Streszczając przytoczone powyżej cyfry, należy stwierdzić, że 61 U. S. subwencjonuje w samej tylko gotówce 347 ośrodków i stacyj opieki nad matką i dzieckiem na łączną kwotę 705.846 zł.

Dla ilustracji całokształtu zagadnienia należy dodać, że liczba własnych ośrodków zdrowia i stacyj opieki nad matką i dzieckiem wynosiła w b. r. 41, z kredytem w wysokości 342.253 zł.

Powyższe więc dane cyfrowe wskazują niedwuznacznie, że ubezpieczenia społeczne zrozumiały należycie intencję Ministerstwa Opieki Społecznej, zalecającego współpracę ubezpieczalni z samorządami terytorialnymi i można się spodziewać, że akcja ta nie utknie w miejscu, lecz przeciwnie, przyczyni się do pokrywania naszego Państwa nową siecią ośrodków zdrowia, mających przed sobą tak doniosłe zadanie zarówno w czasie pokoju, jak i na wypadek wojny.

Zadania te jednak wykonane będą całkowicie wówczas, jeżeli dwaj główni kontrahenci, tj. samorząd i ubezpieczalnie społeczne wywiążą się należycie w dalszym ciągu z ciążących na nich obowiązków i zobowiązań zarówno materialnych, jak i moralnych.

BIBLIOGRAFIA

Artykuły oryginalne w czasopismach

Piśmiennictwo polskie

Nowiny Lekarskie. Z. 17. 1938. Stojałowski K.: O podłożu choroby. — Mikulski K.: O roli i znaczeniu leczenia wapniowego w lecznictwie schizofrenii. — Turyna E.: Cztery przypadki raka części pochwowej macicy ciężarnej. — Wichrzycki B.: Spostrzeżenia kliniczne nad działaniem allatrolu.

Gruźlica. Nr 3. 1938. Ostrowski Wł.: Organizacja leczenia chirurgicznego chorych płucnych w sanatoriach. — Stelmach Z.: Zasady badania rentgenokymograficznego. — Chrzanowski B. I.: O zagruźliczeniu dziatwy szkolnej. — Stankiewicz-Trybowska W.: Obostrzenie gruźlicy płuc w przebiegu tocznia nosa. — Skokowska-Rudolfowa M.: Konferencja w sprawie wychowania i nauczania w zakładach leczniczo-wychowawczych dla dzieci.

Chirurg Polski. Nr 8. 1938. Sokołowski T.: Znaczenie społeczne traumatologii i jej obecne stanowisko w chirurgii. — Śledziewski H.: Gruczoły limfatyczne osklepkowe i nażebrowe u dorosłych.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 36. 1938.

Pielęgniarka Polska. Nr 7—8. 1938.

Młoda Matka. Nr 17. 1938.

OCENY

Etiologia chorób serca i naczyń (Ätiologie der Herz- und Gefässkrankheiten). XIII kurs dokształcający w Nauheim, 24—26 września 1937. Th. Steinkopff, Drezno-Lipsk 1937. Str. 169. Ryc. 28. Cena: 10 RM.

Broszura obejmuje *in extenso* wykłady wygłoszone na XIII kursie uzupełniającym, urządzonym przez Związek Lekarzy w Nauheim. Wyrazem dobrej organizacji kursów jest to, że co roku zostają poruszane odmienne tematy z zakresu schorzeń serca i naczyń. Wykłady zawsze mają wybitny charakter praktyczny, a dotykają najbardziej żywotnych tematów i poruszają zwykle także i wskazania lecznicze. W ostatnim roku prelegenci zajęli się przede wszystkim sprawą etiologii schorzeń serca i naczyń. Między innymi O. Verschuher omawia w krótkości znaczenie dziedziczności, a L. Aschoff zatrzymuje się nad etiologią drobnoustrojową tych spraw. H. Löhr przedstawia szczegółowo sprawę znaczenia zakażenia ogniskowego *(focal infection)* dla rozwoju zapalenia wsierdzia i mięśnia sercowego. Z dalszych wykładów podkreślić należy zwięźle, a dobrze opracowaną przez E. Külbsa sprawę zawodowego uszkodzenia. Obszernie omawia W. Heubner znaczenie etiologiczne używek, jak alkoholu, nikotyny i kofeiny. Uwzględnienie znalazła także etiologia przemęczenia i wpływ nerwic na stan schorzenia serca i naczyń. Interesująco ujęty jest przez A. Backmeistra wpływ zniekształceń klatki piersiowej i chorób płuc na stan serca. A. W. Fischer zajmuje się etiologią i chirurgicznym leczeniem zaburzeń krążenia obwodowego. Znalazły tu uwzględnienie choroba Bürgera, Raynauda, co do których autor podaje wskazówki rozpoznawcze i lecznicze. Wprawdzie najważniejsze znaczenie dydaktyczne ma w tych razach żywe słowo prelegenta, ale utrwalenie wykładów w postaci drukowanej broszury może mieć pewną korzyść także i dla tych czytelników, którzy nie mieli sposobności osobiście brać udziału w kursach nauheimskich.

M. Franke (Lwów).

Elektrokardiografia ogólna (Allgemeine Elektrokardiographie). E. KOCH. III popr. wydanie. Th. Steinkopff. Drezno-Lipsk, 1937. Cena: 3 RM. Str. 42. Ryc. 32.

W ocenie muszę powołać się na poprzednią (P. G. L. Str. 419. Nr 22, 1937). Obecne trzecie wydanie uzupełnia autor szczegółami opartymi na nowszych badaniach. Zasadniczo jednak trzecie wydanie nie różni się od poprzedniego. Broszura niniejsza. dając podstawy ogólne do zrozumienia krzywych EKG, może być pożyteczną dla każdego lekarza praktycznego.

M. Franke (Lwów).

W bieżącym miesiącu ukazały się w sprzedaży wielobarwne tablice grzybów jadalnych i trujących, opracowane przez znanego znawcę tego działu botaniki H. Orłosia, naczelnika jednego z wydziałów Instytutu Badawczego Lasów Państwowych, a skorygowane przez Instytut Gospodarstwa Domowego (nakład Książnicy-Atlasu). Wydawnictwo powyższe obejmuje 4 duże ścienne tablice, o wymiarach znormalizowanych 594×420 mm. Na każdej tablicy znajduje się 8 gatunków grzybów, przedstawionych w barwach naturalnych i wielkości naturalnej.

Pierwsza tablica przedstawia gatunki gospodarczo najważniejsze, czyli najbardziej poszukiwane; na drugiej gatunki mniej poszukiwane, a więc niejako drugorzędne. Trzecia tablica przedstawia gatunki jeszcze mniejszej wartości, przy tym gatunki, które mogą być użytkowane tylko przy zachowaniu pewnych środków ostrożności. Wreszcie na czwartej tablicy znajdują się gatunki niejadalne i trujące. Obok każdego gatunku znajdują się również jego nazwy i krótka charakterystyka.

Przechodząc do oceny powyższych tablic, możemy śmiało stwierdzić, że jest to wydawnictwo bardzo pożyteczne i cenne. Najważniejszą rzeczą jest duże podobieństwo rysunków grzybów, co w danym wypadku ma pierwszorzędne znaczenie. Osiągnięcie tak dużego podobieństwa kosztowało zapewne dużo wysiłków i pracy, zarówno ze strony autora i malarki, jak i ze strony personelu technicznego w drukarni. Należy to z uznaniem podkreślić. Poza tym zwraca uwagę praktyczny i treściwy układ tablic oraz staranny druk napisów. Miejmy nadzieję, że nowe tablice spełnią dobrze swoje zadanie, popularyzując znajomość grzyboznawstwa wśród najszerszych warstw społeczeństwa. Powinny one znaleźć się w każdej szkole, w każdej gminie, w każdej leśniczówce, wreszcie na każdym targowisku grzybowym.

Tablice H. Orłosia uzyskały zalecenie Ministerstwa W. R. i O. P. oraz Ministerstwa Rolnictwa.

A. K.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

Patologia

Ostitis fibrosa generalisata wywołana przez guz przytarczycowy położony poza przełykiem. E. N. ALLOT i J. JEMSON. The Lancet. Str. 609, 1938.

U chorej lat 19 matka zauważyła przed rokiem wypuklenie okolicy prawego obojczyka. Od tego czasu chora uskarżała się na bóle ręki prawej, później obu rąk, w klatce piersiowej, szczególnie przy kaszlu, ogólne osłabienie mięśniowe i utrudnione chodzenie.

Badanie kości przy pomocy prześwietlenia rentgenowskiego wykazało rozrzedzenie kości, gdzieniegdzie przechodzące w większe jamy. Badanie chemiczne wykazało zwiększony poziom wapnia (15.5—17.3 mg %), obniżony poziom fosforu nieorganicznego (2.3 mg) oraz zwiększoną zawartość fosfatazy w osoczu krwi (1.1 jednostek w 1 cm³). Nadto stwierdzono zwiększony wywóz wapnia w moczu dobowym (1200 mg) i w kale (160 mg) oraz fosforu w moczu (1500 mg) i w kale (120 mg). Bilans wapnia i fosforu wybitnie ujemny. Inne sole mineralne zmian nie wykazują. Wykonano zabieg operacyjny, który pozwolił usunąć guz (2×3 cm, grubości 1 cm), który mieścił się w miejscu nietypowym z tyłu za przełykiem, niedaleko tętnicy tarczycowej dolnej.

Wkrótce po zabiegu pojawiły się objawy tężyczkowe, które utrzymywały się przez 10 dni. Stan chorej poprawiał się powoli, około 6 tygodnia skarżyła się jeszcze chora na bóle kończyn. Po roku niektóre objawy, jak pobolewanie kończyn jeszcze się utrzymywały. Ogólny stan znacznie się poprawił. Poziom wapnia, badany po roku, był prawidłowy (9.5 mg %), poziom fosforu nadal niski (2.5 mg %), zawartość fosfatazy 0.56 jedn. w 1 cm³. Wydzielanie wapnia i fosforu w moczu dobowym spadło do prawidłowych wartości.

Wl. Elmer (Lwów).

Wpływ wyciągu kory Fraxinus borealis na wydzielanie moczu i kwasu moczowego. T. OKUI. The Tohoku Journ. Vol. 32. Nr 3—4. Str. 225 i 233.

Autor tłumaczy wydzielenie wzmożone kwasu moczowego pod wpływem wyciągu z kory *fraxinus* po części wzmożoną ilością moczu, po części wypłukaniem tych składników z tkanek ustroju.

Moraczewski (Lwów).

Wpływ szybkości wlewania peptonu i histaminy na zawartość cukru we krwi. Y. SATOW. The Tohoku Journ. Vol. 32. Nr 3—4. Str. 239.

Histamina w ilości 0,4 mg na kg, a pepton Witte w ilości 0,1 mg na kg wywołują podniesienie poziomu cukru we krwi tylko wtedy, jeżeli są wstrzykiwane szybko, tj. w przeciągu 5 do 30 sekund. Wstrzykiwane wolno w ciągu 1 do 5 minut wywołują obniżenie zawartości cukru. Tym się tłumaczy, dlaczego wstrzyknięcie podskórne prowadzi zawsze do obniżenia cukru we krwi.

Moraczewski (Lwów).

Wpływ n. splanchnicus na gromadzenie się suprareniny w nadnerczu. Y. SATOW. The Tohoku Journ. Vol. 32. Nr 3—4.

Fizostigmina podana w ilości 1 do 2 mg na kg wagi pozbawia króliki adrenaliny, której ilość po 48 godzinach powraca do pierwotnej ilości. Jeżeli się pozbawi nadnercze nerwów, wtedy fizostigmina nie wywiera wpływu na nadnercze. Jeżeli jednak pozbawienie nerwów nastąpi po wyczerpaniu adrenaliny wskutek podawania fizostigminy, to powrót do pierwotnych ilości adrenaliny mało się różni od tego, jaki widzimy po nieoperowanej stronie.

Moraczewski (Lwów).

O wpływie antygenu wątroby. TYUTETU YOKOUTI. The Tohoku Journ. Vol. 32. Nr 3—4. Str. 319.

Autor powtórzył poprzednie doświadczenia i przekonał się, że wyciąg komórek wątroby działa jako swoista surowica na komórki wątroby.

Moraczewski (Lwów).

Oznaczanie śluzu w soku żołądkowym przez polarymetr. A. MIKAMI. The Tohoku Journ. Vol. 32. Nr 3-4. Str. 309.

Autor poleca wykonywanie w soku żołądkowym oznaczania azotu sposobem Kjeldahla i skręcalności przez polarymetr, po uprzednim rozpuszczeniu śluzu ługiem potasowym 2 cm³ na 20 soku. Z badań autora wynika, że nadmierna kwasota, wrzód żołądka i dwunastnicy dają względnie małą skręcalność — 0,28 do 0,90 i małą zawartość azotu — 30 do 100 mg %. Więcej azotu dają nieżyty jelit i żołądka — 0,24 do 1,60 i 33 do 140 mg % azotu. Najwyższą skręcalność, bo dochodzącą do — 1,80, a na-

wet skręcalność w prawo 0,40, wykazują raki żołądka, one też mają najwyższą zawartość azotu, bo 70 do 168 mg %. Autor uważa, że tym sposobem dało by się wcześnie rozpoznać schorzenie raka. *Moraczewski* (Lwów).

Badania odtruwania przez hormon wątroby. T. MINAGAWA. *Badania odtruwania przez hormon wątroby.* SH. SHIRAISHI. The Tohoku Journ. Vol. 32. Nr 3—4. Str. 330 i str. 338.

Autor pierwszy wykazuje, że czerwień Kongo wydziela się prędzej pod wpływem yakritonu, autor drugi, że zatrucie fenilhidracynem, prowadzące do niedokrwistości może być skutecznie leczone tym hormonem. *Moraczewski* (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce

Przyczynek do prognozy w cukrzycy. J. V. ANGYAN, SZ. DONHOFFER i M. DONHOFFER-MITTAG. Ztschr. f. kl. Med. 133, 466, 1938.

Z zestawienia 500 przypadków chorych na cukrzycę widać, że śmiertelność ich jest jeszcze duża, w wieku młodym przekracza 4—5 razy przeciętną śmiertelność w danym wieku, po 60 r. ż. śmiertelność chorych na cukrzycę jest taka sama, jak przeciętna dla tego wieku. Między śmiertelnością stosujących insulinę a odcukrzonych bez insuliny nie ma różnicy, czyli rokowanie nie zależy od ciężkości schorzenia. Na podstawie dotychczasowych zestawień nie można podać przyczyny większej śmiertelności w cukrzycy. Być może, że przyczyną jest częste niewyrównanie przemiany węglowodanowej, brak jakiegoś czynnika, którego nie wyrównuje insulina, i jednostronna dieta.

H. Długosz (Lwów).

Kilka spostrzeżeń poczynionych na 16 przypadkach pelagry. H. ALESSANDRI, P. G. PALAZUELOS i J. LERNER. Rev. de Med. y Alimentacion. T. III. Nr 2. 1938.

Autorzy widzieli w ciągu czterech lat 16 przypadków pelagry. Większość schorzeń dotyczyła mężczyzn w średnim wieku, tj. między 30—50 r. ż., dalej ludzi zamieszkałych w miastach — robotników dziennych, z których prawie wszyscy byli nałogowymi alkoholikami. Na szczególne podkreślenie zasługuje jakościowe i ilościowe niedożywienie jako czynnik etiologiczny. Większość chorych zgłosiła się do leczenia szpitalnego w czasie wiosny. Jako pierwsze objawy wystąpiły zaburzenia przewodu pokarmowego, u kilku zaś chorych początkowym objawem był rumień pelagry wiosenny. Następujący zespół trzech objawów składa się na obraz chorobowy pelagry: zmiany przewodu pokarmowego, zmiany skórne i nerwowe. Ze strony przewodu pokarmowego stwierdzano *glossitis* o typie zanikowym, brak łaknienia, wymioty, bóle w okolicy nadżołądkowej i stałą bezsoczność żołądka. Gastroskopowo stwierdza się *gastritis atrophicans,* podobnie jak w niedokrwistości złośliwej. W jelitach stwierdza się nieżyt kiszki grubej, często o charakterze wrzodziejącym, przeważa typ fermentacyjny. Zapalenie skóry miało charakter rumieniowo-złuszczający. Układ nerwowy wykazuje *torpor intellectualis,* rzadziej euforię z podnieceniem, tudzież wzmożenie odruchów. Hematologicznie: niedokrwistość małego stopnia ze wskaźnikiem równym — 1, i mierne zwiększenie ciałek białych z prawidłowym obrazem krwi tudzież z prawidłowym myelogramem, otrzymanym przez nakłucie mostka. Ilość aminokwasów we krwi była wzmożona, natomiast ilość bilirubiny i cholesteryny we krwi była prawidłowa. Prawie we wszystkich przypadkach istniała nadwrażliwość na światło. Śmiertelność wynosiła 18%. Leczenie polega na dobrym odżywianiu, na podawaniu wątroby lub wyciągów wątrobowych i na podawaniu bizmutu *per os.* *Mester* (Kraków).

Etiologia schorzeń naczyń wieńcowych. A. J. DANELLI i R. R. BOERR. Acta Med. Mundial. Nr 79, 1937.

Schorzenia naczyń wieńcowych są częstsze u mężczyzn i u ludzi zajmujących się pracą umysłową, tudzież palących i pijących alkohol. Najważniejszą rolę odgrywa miażdżyca, natomiast kiła znacznie mniejszą, aniżeli dotychczas sądzono. Z kolei należy wymienić jako przyczynę schorzeń naczyń wieńcowych zatory, okołotętnicze zapalenie guzkowate, gośćcowe zapalenie tętnic i rozstrzenie naczyń wieńcowych.

Mester (Kraków).

O awitaminozie u świnek morskich. P. TREROTOLI. Pathologica. Nr 557, 1938.

Autor podawał przez długi czas świnkom morskim dietę złożoną z mączki z jarzyn strączkowych na przemian z dietą złożoną ze świeżych kapust, po czym stwierdził u tych zwierząt zmiany w kościach i zębach, tudzież w narządach wewnętrznych podobne do zmian pojawiających się u zwierząt po wycięciu gruczołów przytarczycznych. Dlatego też autor przyjmuje związek pomiędzy tą awitaminozą i niedostateczną czynnością gruczołów przytarczycznych. *Mester* (Kraków).

Przypadek tzw. zespołu Kahler-Bozzolo. A. SACCHETTI. Min. Med. Nr 13, 1938.

Po omówieniu danych z piśmiennictwa dotyczących szpiczaka mnogiego, autor opisuje przypadek 35-letniego mężczyzny, u którego badanie kliniczne i rentgenologiczne pozwoliło rozpoznać szpiczaka mnogiego. W moczu stwierdzono białko Bence-Jonesa. *Mester* (Kraków).

O zachowaniu się karotenu w surowicy krwi i jego stosunku do hipercholesterolemii u insulino-czułych, lub opornych, chorych na cukrzycę. BARBUDA N. i F. V. QUERNER. Wien. Arch. f. inn. Med. T. 30. Z. 2, 1937.

W cukrzycy ilość karotenu we krwi jest znacznie wyższa, obciążenie daje szybciej wyższe wartości niż u osobników zdrowych, co tłumaczy się niezdolnością wątroby do przetwarzania karotenu w witaminę A. Z uwagi na zaburzenia przemiany tłuszczowej i sterolowej w cukrzycy, wyrazem czego jest lipemia i hipercholesterolemia, autorzy zajęli się pytaniem, czy istnieje zależność między poziomem cholesterolu, a karotenu we krwi w cukrzycy. Karoten w surowicy oznaczali metodą Schneidera i Widmanna, do płynu zaś podstawowego używali karotenu w eterze naftowym. Prawidłowe wartości karotenu wahają się od 0.055—0.124 mg %. Wnioski są następujące: zawartość karotenu we krwi w wysokim stopniu zależy od pokarmów i czasu karmienia tak u ludzi zdrowych, jak i chorych na cukrzycę. U ostatnich w typie wrażliwych na insulinę, nie tak, jak u więcej opornych lub zdrowych, stwierdza się znaczniejszy wzrost karotenu we krwi po pokarmach bogatych w karoten; podobnie odstawienie takiego pożywienia wywołuje w tej grupie wybitniejszy spadek karotenu we krwi. Obniżenie poziomu cukru we krwi czy przez dietę, czy przez insulinę u ludzi z cukrzycą i to opornych lub wrażliwych na insulinę, pozostaje bez wpływu na poziom karotenu we krwi.

Poza tym autorzy nie mogli stwierdzić, zarówno u zdrowych jak i w cukrzycy, związku między poziomem karotenu i cholesterolu we krwi. *St. Malczyński* (Lwów).

O wpływie uśpienia eterem, ewipanem lub znieczulenia doledźwiowego na poziom cukru we krwi. A. ATNAN i EGON FENZ. Wien. Arch. f. inn. Med. T. 30. Z. 3, 1937.

Autorzy powołując się na liczne spostrzeżenia dawniejsze, dotyczące wzrostu cukru we krwi pod wpływem narkozy eterowej, w swoich badaniach doszli do następujących wniosków: w uśpieniu eterem przychodzi do wzrostu cukru we krwi w granicach od 47—135 mg %. Najwyższe wzniesienie zwykle przypada pod koniec lub po ukończeniu narkozy, przy czym stopień jego jest niezależny ani od trwania uśpienia, ani od dawki eteru. Wzniesienie to opada od 2—5 godz. do wartości prawidłowych. W grupie chorych, którym usuwano woreczek żółciowy, wzrost cukru po zabiegu, nie tak, jak w innych przypadkach, nie okazywał szybkiej dążności do powrotu do normy, owszem, po pierwszym wzniesieniu występowało drugie, w czasie 6—7 godz. po operacji, a czasem nawet później. Autorzy przypisują to dłużej utrzymujące się przecukrzenie krwi pewnego rodzaju podrażnieniom komórek wątrobowych, uruchomieniu glikogenu, wskutek ucisku wątroby w czasie zabiegu. W cukrzycy poziom cukru w czasie uśpienia eterem wzrastał stosunkowo nieznacznie (od 27—55 mg %) i to tym mniej, im wyższa była wartość początkowa cukru przed zabiegiem. Wzrost ten jednak pozornie tylko jest nieznaczny, gdyż należy liczyć się z tym, że zwyczajnie poziom cukru w cukrzycy na czczo jest niższy, podczas gdy u zdrowych i w czasie głodu spotykamy poziom prawidłowy. Autorzy stwierdzili poza tym, że uśpienie eterem, ani w czasie trwania, ani po ukończeniu nie prowadzi do kwasicy.

Uśpienie dożylne (evipan) prowadzi do bardzo nieznacznego wzrostu cukru we krwi (od 10—20 mg %), które również dobrze może być przypisane wpływom nerwowym. Podobne zachowanie się cukru stwierdza się w cukrzycy.

Znieczulenie doledźwiowe wywołuje wzrost cukru we krwi w granicach od 47—67 mg %, niezależny od ilości środka znieczulającego (perkainy) i wysokości kanału rdzeniowego, na której wykonano zastrzyk. Wzrost cukru utrzymuje się od 6—24 godz. po ukończeniu zabiegu. Podobne spostrzeżenia poczynione u chorego z cukrzycą wskazują, że to schorzenie pozwala na tego rodzaju znieczulenia. *St. Malczyński* (Lwów).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia

Uwagi w sprawie stosowania małych dawek emanacji radowych w ginekologii. L. M. PIERRA i S. AIZIERE. Soc. Fr. de Gyn. Z. 1, 1938.

Od roku w pewnych przypadkach schorzeń narządów rodnych kobiecych, autorowie stosowali emanacje radowe według nowej metody. Metoda ta pozwala na stosowanie wprost z matematyczną ścisłością bardzo małych dawek (300—600 milimikrocurie dziennie) i daje pewność, że dawka ta nie będzie przekroczona, jak również, że jedynie emanacje przejdą do organizmu. Sposób ten jest tak prosty, że chore same mogą go stosować. Leczenie polega na przestrzykiwaniu wodą radio-aktywną pochwy, odbytnicy, lub zakładaniu do szyjki macicy oliwy radio-aktywnej. Autorowie podają kilka przypadków zapaleń pochwy, macicy oraz jajników, w których leczenie powyższe dało dobre wyniki. *H. Newlińska* (Lwów).

Higiena i medycyna społeczna

Inspekcja w zakładach pracy, narażających robotników na działanie krzemu i rozważania na temat krzemicy i gruźlico-krzemicy. BAACK. Ref. J. Collis. Bulletin of Hygiene. Nr 7, 1937.

Na wstępie autor podaje, iż bardzo rzadko spotyka się gruźlicę w pierwszym okresie krzemicy, jednak choroba ta może posuwać się tak prędko, że trzeci okres zostanie osiągnięty w przeciągu kilku lat. Drugi i trzeci okres wymagają specjalnej uwagi w celu zapobieżenia rozwojowi schorzenia gruźliczego. Z 1450 zbadanych przypadków ostrej krzemicy stwierdzono gruźlicę w 62%. Przyczyna rozwoju gruźlicy nie jest jasna. Wielu badaczy przypisuje ją wpływom mechanicznym, jakimi są zesztywnienie płuca i zablokowanie układu chłonnego przez zmiany krzemicze. Inni twierdzą, że krzem ma jakiś swoisty wpływ na zarazek gruźlicy.

W przemyśle szlifierskim konieczne jest zwrócenie uwagi na skład kamieni szlifierskich. Znane są przypadki, że wprowadzenie nowych kamieni spowodowało zwiększenie się liczby przypadków krzemicy, ponieważ nowy kamień zawierał większy odsetek krzemu.

Wskazane jest używanie sztucznych kamieni szlifierskich, które zawierają zwykle mniej niż 2% krzemu.

Około 1916 r. zostały podane w Południowej Afryce (Witwatersrand) specjalne przepisy, w celu zapobiegania krzemicy i gruźlicy. Przed przyjęciem do pracy przeprowadza się wstępne badanie lekarskie, a w czasie pracy — badania okresowe, kliniczne i promieniami Roentgena. Przepisy te przyczyniły się do ogromnego zmniejszenia liczby przypadków krzemicy i krzemico-gruźlicy.

Ogromne znaczenie dla zapobiegania rozwojowi krzemicy w organizmie ma filtrująca czynność błony śluzowej nosa i jakiekolwiek zmiany, czy zniekształcenia, powodujące utrudnienie oddechu przez nos, i oddychanie przez usta winno być uważane jako przeszkoda w zatrudnieniu przy pracach w atmosferze pyłu. Błona śluzowa niektórych osobników zatrzymuje do 80% cząsteczek pyłu, innych zaledwie 5 do 20%. Za normę uważa się 30—40%.

Rozwinięta krzemica nie może być wyleczona przez zmianę pracy. Stwierdzono, że choroba postępowała u 40% do 50% robotników, zatrudnionych przy borowaniu kamieni, pomimo usunięcia ich od pracy przed 8—10 laty. Są jednak, chociaż nieliczne, głosy, że rozwój choroby może być zatrzymany, jeżeli zmiana pracy miała miejsce w najwcześniejszym rozwoju choroby. Robotnik winien być pouczony przez lekarza o metodach ochrony przed pyłem i o konieczności ćwiczeń na świeżym powietrzu.

Sprawozdanie głównego inspektora fabryk i warsztatów za rok 1936. Ref. E. L. Collis. Bulletin of Hygiene. Nr 10, 1937.

Stały postęp w podnoszeniu przeciętnej normy zdrowia pośród robotników jest tonem zasadniczym tego sprawozdania, które składa się z 9 rozdziałów, z których kilka jest specjalnie interesujących dla lekarzy. Poza wykazaniem szerokiego zasięgu czynności inspektoratu, szczególna uwaga jest skierowana na sprawę częstości wypadków przy pracy, która przy porównaniu lat 1924 i 1934 wykazuje skłonność zniżkową o 20%. Spadek ten jest ciągle przerywany, gdyż każdemu zwiększeniu zatrudnienia towarzyszy zwiększenie ilości wypadków, co jest spowodowane przez zwiększenie godzin pracy, wzmożenie produkcji, zatrudnienie niedoświadczonych młodych robotników. 10,4% chłopców i 24.4% dziewcząt spośród wszystkich, którzy ulegli wypadkom w ciągu pierwszych 6 miesięcy, miało wypadki w pierwszym tygodniu pracy. Dużo da się zrobić w tej dziedzinie przez objaśnienie ryzyka niebezpieczeństwa przed dopuszczeniem do pracy, przez odpowiednie szkolenie i ciągłe doglądanie, wreszcie przez wybór odpowiedniej pracy dla małoletnich. Pracodawcy są obarczeni moralną odpowiedzialnością za bezpieczeństwo młodego robotnika, umieszczonego w zgiełku nowoczesnej fabryki. W sprawozdaniu jest podkreślona potrzeba zwracania dużej uwagi na wpływy różnych rodzajów pracy na zdrowie i to specjalnie w tych wypadkach, gdy są pozory zupełnej ich nieszkodliwości. Pośpiech, którego najlepszym przykładem jest nowoczesna komunikacja, stworzył ten wielki niepokój, który może rozwinąć się w psychozę wszędzie tam, gdzie ma miejsce masowa lub półmasowa produkcja. Liczba przypadków zatrucia ołowiem jest najniższa w roku sprawozdawczym, z cyfrą 136 zachorowań i 6 zgonów w porównaniu ze 199 w roku 1930, 243 w roku 1920 i 505 w r. 1910. Najbardziej wysuwającymi się na czoło chorobami zawodowymi są owrzodzenia rakowate skóry i krzemica. W roku 1936 były 142 nowe przypadki raka skory, z których 27 zakończyło się zgonem. 42 przypadki raka powstały u robotników zatrudnionych przy destylacji smoły (dziegieć), 41 u robotników przędzalni bawełny, 31 u palaczy. Tylko bardzo ścisły nadzór lekarski może się przyczynić do zmniejszenia liczby tych przypadków. Krzemica wywołała 126, a azbestoza 11 przypadków zgonów. Analiza przypadków zbadanych od roku 1929 wskazuje, że okres zatrudnienia w różnych rodzajach przemysłu jes bardzo rozmaity. W przemyśle garncarskim wynosi około 38 lat, przy obróbce piaskowca 37 lat, przy szlifowaniu metali 33 lata, przy rozsadzaniu skał 10 lat, przy wyrobie proszku do szorowania 7 lat, w przemyśle azbestowym około 11 lat. Dużo jeszcze musi być zrobione, zanim choroby pyłowe będą zupełnie opanowane. Pewne przypadki raka, nosa i płuc u zatrudnionych przy czyszczeniu niklu, wysunęły zagadnienie, dotyczące związku przyczynowego, który, jak dotąd, nie jest rozwiązany. Tlenek węgla stoi w dalszym ciągu na liście zatruć gazami ze 153 przypadkami, w tym 17 śmiertelnych. Trójchloretylen i nikielkarbonyl idą na następnych miejscach z 8 przypadkami każdy. Zgłaszane przypadki zapaleń skóry wzrosły z 1429 przypadków w r. 1935 do 1771, z czego stwierdzono u inżynierów 255, u farbiarzy i drukarzy 143, u malarzy 132. Jako przyczynę wymienia się w 219 przypadkach oleje, w 195 zasady, w 140 żar i otarcia skóry, w 239 inne związki chemiczne.

Badania doświadczalne metod kontrolowania wentylacji. A. GIOVANARDI. Rassegna di medicina applicata al lavoro industriale. Nr 3, 1937.

Autor, przeprowadzając badania metod kontroli wentylacji, których dokonywał w kinematografie, starał się: 1) poprzez badania porównawcze znaleźć metodę dla studiowania i kontrolowania wentylacji, którą można było by zastosować w praktyce, 2) ustalić za pomocą obranej metody warunki fizyczne powietrza (ciepłota, wilgotność i szybkość ruchu) najdogodniejsze dla pewnych ośrodków życia i pracy.

W Ameryce i Anglii stosują katatermometr Hilla dla badania „własności oziębiania się powietrza“ i tzw. „wskaźnika ciepłoty efektywnej“ (American Society of Heating and Wentilating Engineers), który określa wynik złożony działania ciepłoty, wilgotności i ruchu powietrza na organizm ludzki. Technika badań była następująca. W kinematografie (na początku seansu i podczas jego trwania), w laboratoriach i fabrykach tkackich (na początku i podczas pracy) określano ciepłotę, wilgotność, szybkość ruchu powietrza i własności oziębiania się powietrza (katatermometrem suchym i wilgotnym, frygorymetrem), zawartość CO_2, pyłu i ciał organicznych w powietrzu. Podczas tych badań, które trwały blisko godzinę, grupa osób obecnych w tym samym otoczeniu, w którym odbywały się badania, była proszona o wypełnienie specjalnych kwestionariuszy, dotyczących własnych wrażeń odniesionych z pobytu w tym otoczeniu. Doświadczenia te były robione w różnych lokalach, w obecności tych samych osób i w różnych godzinach podczas dnia przez tydzień zimą i latem.

Jak wynika z przeprowadzonych badań, wyniki podane przez katatermometr suchy zgadzają się prawie w zupełności z wynikami w kwestionariuszach wypełnionych przez osoby badane co do ciepłoty, ruchu powietrza i wilgotności.

Zauważono, że latem zawartość CO_2 w lokalach jest dużo mniejsza niż zimą. Latem bowiem okna są otwarte i poza tym stosuje się cały szereg środków mechanicznych do wentylacji. Zimą natomiast okna są otwierane na 1—2 godzin dziennie, co jest stanowczo nie wystarczające i dlatego znaleziono, że powietrze zawiera zimą ponad 1—2/1000 CO_2 (norma 1/1000 CO_2). Dla określenia zawartości CO_2 w powietrzu nadaje się bardzo dobrze aparat Haldane'a.

Z wszystkich przeprowadzonych badań wynika, że katatermometr suchy, frygorymetr i „ciepłota efektywna" stanowią najlepsze wskaźniki dla badania wentylacji. W rezultacie, w kraju autora, wartości katatermometru suchego i ciepłoty efektywnej, odpowiednie dla zajęć siedzących i umiarkowanej pracy, wahają się zimą od 5—16, latem od 4—21.

Obserwacje chorobowości robotników, zatrudnionych przy osuszaniu terenów błotnistych. C. MASTIO. Difesa Sociale. Nr 9, 1937.

Obserwacje dotyczą terenów zwanych dzisiaj Mussolinia, na których w r. 1922 rozpoczęte było osuszanie błot. Miejscowość była bardzo malaryczna i wilgotna, i większość robotników chorowała na zimnicę, gościec i schorzenia dróg oddechowych. Świeżych przypadków zimnicy stwierdzono tylko 5%, reszta, były to przypadki stare, gdyż chorzy rekrutowali się przeważnie z mieszkańców Sardynii, gdzie zimnica panuje nagminnie. Mały procent zachorowań świeżych na terenach obserwowanych tłumaczy się stosowaniem środków zapobiegawczych. Autor podaje warunki, które muszą być spełnione w celu skutecznego zwalczania zimnicy: a) badanie wstępne przed przyjęciem do pracy i wyłączenie zakażonych zimnicą, b) zapewnienie higienicznych mieszkań w pobliżu miejsca pracy, c) stosowanie na szeroką skalę chininy.

Drugim schorzeniem, z którym spotyka się często na omawianych terenach, jest gościec, którego powstaniu sprzyja praca w wodzie, lub wilgotnej ziemi. W celach zapobiegawczych niezbędne jest rozdanie robotnikom gumowych butów, które chronią od wilgoci, winny one być jednak noszone tylko podczas pracy, ponieważ nie pozwalają na oddychanie skóry i powodują odparzenia. Zapobieganie schorzeniom dróg oddechowych winno uwzględniać badania wstępne, badania okresowe oraz niedopuszczanie powracających do pracy, niezupełnie wyleczonych z zapalenia oskrzeli i płuc.

Schorzenia skóry nie są zbyt częste. Przeważnie ma się do czynienia z uszkodzeniami rąk, odparzeniami od obuwia gumowego i otarciami skóry w miejscach, gdzie ciało bardziej się poci. Należy pouczyć robotników o konieczności utrzymywania ciała w jak największej czystości.

Choroby oczu, również dość rzadko się zdarzające, powstają na skutek zaprószenia oczu pyłem z materiałów budowlanych, np. cementu. Wskazane jest noszenie ciemnych okularów.

Na podstawie podanej statystyki, autor wyciąga wniosek, że praca przy osuszaniu błotnistych terenów, winna być uważana za specjalnie ciężką i robotnicy, skłonni do zapadania na gościec i schorzenia dróg oddechowych, winni być wyłączeni od udziału w tej pracy.

Gorączka cynkowa. Zapobieganie. H. NATVIG. Ref. C. Lillingston. Bulletin of Hygiene. Nr 8, 1937.

Autor, który jest współpracownikiem Instytutu Higieny w Oslo, zdaje sprawozdanie ze swoich spostrzeżeń nad gorączką cynkową, przeprowadzonych w okresie $2^1/_2$ lat u robotników, zatrudnionych w hutach mosiądzu i innych zakładach, w których cynk jest stapiany z miedzią. Odnalazł on historie choroby u przeszło 100 robotników z typowymi objawami gorączki cynkowej, która w 36 przypadkach powtarzała się raz na tydzień, lub częściej przez dłuższy okres czasu. Po podaniu obrazu klinicznego choroby i wskazaniu, że jest ona przemijająca i stosunkowo nieszkodliwa, omawia autor sprawę jej powstania. Jego zdaniem, choroba jest spowodowana przez osadzanie się drobnych cząsteczek tlenku cynku w płucach. Cząsteczki te są tak małe, że przenikają do pęcherzyków płucnych przy oddychaniu. Punkt wrzenia cynku jest 930°, a punkt topnienia miedzi 1180° i podczas stapiania się tych dwóch metali powstają duże ilości pary cynku, która w zetknięciu z tlenem powietrza zamienia się natychmiast na tlenek cynku. Wszelkie metody zapobiegania wdychaniu tlenku cynku, stosowane dotąd w przemyśle, zawiodły. Żadne systemy wentylacji, a nawet maski nie stanowią dostatecznej ochrony. Autor jest przekonany, że jedynym racjonalnym sposobem zapobiegania jest przeciwdziałanie ulatnianiu się pary cynkowej w powietrze, którym oddychają robotnicy. Zagadnienie wikła się przez fakt, że aparaty, z których wydobywa się para cynku, znajdują się zwykle w coraz to nowych częściach hali, dlatego stały system wentylacji nie dałby rezultatów. Sprawę rozwiązuje zastosowanie przenośnych aparatów w kształcie lejów połączonych z wyciągami. Leje te mogą być umieszczone w każdym miejscu powstawania par cynku. W jednej z fabryk, zatrudniającej 15 robotników, wszyscy z nich cierpieli na gorączkę. Od czasu wprowadzenia opisanych urządzeń, to znaczy od 2 lat, nie było przypadków gorączki cynkowej, z wyjątkiem jednego, gdy urządzenie to nie było używane.

Choroby żołądka, a zawód. H. HORSTERS. Ref. A. J. Collis. Bulletin of Hygiene. Nr 9, 1937.

Choroby żołądkowe są wśród robotników niemieckich bardzo rozpowszechnione. Spośród 1179 robotników, zbadanych w Berlinie, stwierdzono u 132 jakąś postać choroby żołądkowej, 1,6% robotników cierpiało na nieżyt żołądka, 5,2% na wrzód żołądka, 1,8% na raka i 2,5% na inne choroby żołądkowe. W Berlinie pośród chorych na sprawy żołądkowe około 30% ma wrzód żołądka, a w Ameryce około 40%. Opadnięcie trzew stwierdza się częściej wśród robotników rolnych, niż zatrudnionych w mieście. Fakt ten należy przypisać odżywianiu robotnika rolnego, które składa się przeważnie z ziemniaków, chleba, jarzyn i mleka. Często się zdarza, że robotnik spożywa pokarm dwukrotnie odgrzewany, w którym w ten sposób zostają zupełnie zniszczone witaminy A i C. Jeśli robotnik pracuje w dużej odległości od miejsca swego zamieszkania nie ma możności spożycia gorącego posiłku w porze obiadowej i musi zadowolić się pożywieniem suchym, najczęściej chlebem, a po powrocie do domu wieczorem, spożywa odgrzaną porcję posiłku, przygotowaną dla dzieci szkolnych na obiad. Nieżyt żołądka jest chorobą powszechną, spotykaną wśród kierowców autobusów w Berlinie, ale nie u konduktorów, którzy przecież również mają krótkie okresy czasu na posiłek przy końcu podróży. Stan ten przypisuje się nerwowemu wysiłkowi, jaki powoduje prowadzenie autobusu pośród hałaśliwego ruchu ulicznego, który wpływa na kierowcę, a nie na konduktora. Ludzie, pracujący w pozycji zgiętej, a więc palacze, krawcy, szewcy i szlifierze, oraz wykonujący ciężką pracę fizyczną, jak kowale, wydmuchiwacze szkła, są szczególnie skłonni do dolegliwości żołądkowych. Sprawa karmienia i stosowania odpowiednich przerw posiłkowych zwróciła ostatnio uwagę rządu niemieckiego i wszyscy robotnicy, poniżej lat 18, muszą być zaopatrzeni przez fabrykę w gorący posiłek.

Poleca się, aby każdy robotnik otrzymywał gorący posiłek przed rozpoczęciem pracy w postaci, jak to stosuje się w Anglii, śniadania z owsianką. W dostarczaniu posiłków przez fabrykę musi być zachowana pewna ostrożność co do diety, aby była odpowiednia dla robotników, u których np. trudno strawna dieta wywołuje dolegliwości.

(Z przeglądu referatowego zagranicznej literatury fachowej z dziedziny medycyny społecznej i ubezpieczeniowej oraz medycyny pracy. Rok II. Nr 4. Warszawa, 1938. — Rada Naukowo-Lekarska przy Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY

Wydział Lekarski Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk

Walne Zebranie

XLIII zebranie z dnia 29 października 1937 roku

1. W komunikatach podaje kol. prezes do wiadomości zebranym, że do zarządu nadeszły w ostatnich dwóch dniach pisma od Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego oraz od Spółki Wydawniczej Lekarskiej ze Lwowa z prośbą o przystąpienie do akcji protestacyjnej przeciw projektowi Naczelnej Izby Lekarskiej, która zamierza z dniem 1 stycznia 1938 r. wydawać „Polski Tygodnik Lekarski".

W dyskusji, która wyłoniła się po szczegółowym zreferowaniu sprawy przez kol. Jonschera, wypowiedzieli się wszyscy za koniecznością zajęcia stanowiska w tej sprawie przez Wydział Lekarski P. T. P. N., po czym została jednogłośnie przyjęta rezolucja przedstawiona przez kol. Jonschera:

Walne Zebranie Wydziału Lekarskiego Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk z dnia 29. X. 1937 r. po wyczerpującej dyskusji uchwala następującą rezolucję w sprawie projektu Naczelnej Izby Lekarskiej wydawania „Polskiego Tygodnika Lekarskiego":

Pomijając formalno-prawne podstawy wydawania przez Naczelną Izbę Lekarską czasopisma lekarskiego, czym zajmą się niewątpliwie Okręgowe Izby Lekarskie, Wydział Lekarski P. T. P. N. wyraża mniemanie, że stan zawodu lekarskiego w Polsce wymaga przede wszystkim uregulowania przez Izby Lekarskie podstawowych zagadnień jego bytu. Działalność Izb Lekarskich ma tutaj szerokie pole do owocnej pracy.

Wydawanie czasopisma lekarskiego przez Naczelną Izbę Lekarską wkracza w prawa i obowiązki licznych towarzystw i instytucyj lekarskich, dla których działalność wydawnicza jest najważniejszym lub jednym z najważniejszych zagadnień.

Istniejące dotychczas ogólne czasopisma lekarskie pokrywają całkowicie zapotrzebowanie świata lekarskiego pod względem

dostarczania ogółowi lekarzy możliwości dalszego kształcenia się i zapoznawania się z postępami nauki lekarskiej. Czasopisma te istniejące częściowo już od dłuższego czasu, jak na przykład Nowiny Lekarskie od lat blisko 50, są ważnymi placówkami kulturalno-społecznymi i naukowymi w różnych dzielnicach Polski.

Walczą one niewątpliwie z dużymi trudnościami finansowymi w ścisłym związku z ogólnym zubożeniem świata lekarskiego i w związku, należy to przyznać, z zanikiem coraz powszechniejszym w świecie lekarskim poczucia konieczności dalszego kształcenia się. Muszą one wytrzymać poza tym konkurencję z mnożącymi się coraz bardziej wydawnictwami przemysłu farmaceutycznego, rozsyłanymi bezpłatnie ogółowi lekarzy, informującymi go często wybitnie jednostronnie o bieżących zagadnieniach lekarskich.

W tym ciężkim położeniu zjawienie się nowego pisma, powstającego dzięki subwencjom rządowym i ze strony Naczelnej Izby Lekarskiej, w warunkach bez porównania korzystniejszych od tych, w jakich pracują inne czasopisma lekarskie, musi koniecznie poderwać w dużym stopniu byt tych czasopism.

To posunięcie centralistyczno-etatystyczne o niepewnym dotychczas wyniku pozytywnym zniszczy więc istniejące już placówki piśmiennictwa lekarskiego.

Obecnie braki naszego piśmiennictwa lekarskiego zależą w dużym stopniu od trudności finansowych tych wydawnictw. Jeżeli Naczelna Izba Lekarska rozporządza odpowiednimi funduszami własnymi, czy rządowymi, to ma niewątpliwie możność racjonalnego ich zużycia przez celowe subwencjonowanie istniejących czasopism, po opracowaniu na wspólnej konferencji Naczelnej Izby Lekarskiej z redaktorami i wydawcami odpowiedniego planu, uwzględniającego potrzeby szerokiego ogółu lekarzy w Polsce.

Wobec powyższego Wydział Lekarski P. T. P. N. zwraca się do Naczelnej Izby Lekarskiej z gorącym apelem zrewidowania powziętego postanowienia i zwołania w najbliższym czasie wspólnej konferencji w podanym wyżej składzie.

W dyskusji nad rezolucją zabierali głos kol. Jonscher, Nowakowski, Szulc, Bross, Matuszewski, Tuszewski, Straszyński i Kapuściński.

2. Kol. Straszyński (członek Wydziału): *„Przypadek erytrodermii"*.

Przedstawia przypadek uogólnionego złuszczającego się zaczerwienienia skóry typu Wilsona-Brayna, u mężczyzny 21-letniego.

Na tle tego przypadku omawia kliniczne postacie erytrodermii (pierwotnych i wtórnych), wspomina o podobnych zmianach u noworodków oraz podaje sposoby leczenia i zapatrywania na etiologię i patogenezę tych schorzeń.

Dyskusja:

Kol. Tuszewski (członek Wydziału): Nawiązując do pokazu prof. Straszyńskiego, przypominam sobie przypadek erytrodermii wskutek uczulenia na luminal. U chorej wrażliwej na luminal wystąpiła erytrodermia wkrótce po zażyciu tego środka, a następnie jeszcze raz wskutek zapomnienia o tym uczuleniu.

Chora znalazła się później pod opieką innych lekarzy, którzy nie zorientowawszy się w przyczynie erytrodermii stosowali wprawdzie środki odczulające (sole wapniowe), jednak nie odstawili luminalu. Po stosowaniu tego środka przez dłuższy czas, chora zmarła wskutek ropni skórnych, które się wytworzyły na tle tego uczulenia.

3. Kol. Szulc (członek Wydziału): *„Sprawa reorganizacji Wydziału Lekarskiego Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk"*.

W ostatnich latach powstało pytanie, czy utworzyć samodzielne towarzystwo lekarskie, czy też w dalszym ciągu działalność naukową lekarską zachować w dotychczasowych ramach organizacyjnych jako Wydział Lekarski w Towarzystwie Przyjaciół Nauk. Przed mniej więcej półtora rokiem wyłoniono na wiosnę 1936 r. komisję, która po zbadaniu sprawy i przeprowadzeniu pertraktacji z Zarządem Tow. Przyjaciół Nauk miała Walnemu Zebraniu Wydz. Lek. przedłożyć swą propozycję. Referent poprzedził sprawozdanie z czynności komisji rzutem oka na powstanie i rozwój Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk, szczególnie zaś Wydziału Lekarskiego.

Opierał się przy tym w zasadzie na historycznym dziele „Towarzystwo Przyjaciół Nauk w Poznaniu" docenta U. P. i Dyrektora Biblioteki Raczyńskich dra Andrzeja Wojtkowskiego oraz częściowo na własnych wspomnieniach. Zwrócił uwagę na usiłowania polskie przed stworzeniem Towarzystwa Przyjaciół Nauk, przed rokiem 1857, podjęte celem zorganizowania społeczeństwa polskiego dla obrony języka polskiego oraz polskiej nauki i kultury w zaborze pruskim. Dalej podaje referent szczegóły powstania Towarzystwa w roku 1857, przy czym wymienia jako inicjatorów dwóch Pomorzan z pochodzenia dra Kazimierza Szulca i Ks. Franciszka Malinowskiego. Wspomina w dalszym ciągu kolejno wszystkich prezesów, których głośne nazwiska świadczą o znaczeniu instytucji, daje pogląd na zmienne koleje Towarzystwa, jego rozwój stopniowy, jego trudności pod rządem pruskim, wreszcie na jego reorganizację już za czasów polskich na mocy nowych ustaw zatwierdzonych przez rząd polski w roku 1923, które zmierzają do przekształcenia Towarzystwa na instytucję czysto naukową przy zachowaniu poszczególnych wydziałów.

Wydział Lekarski P. T. P. N. powstał w roku 1865, wyłoniwszy się z istniejącego już od 1857 r. Wydziału Przyrodniczego. Rzutem oka na nazwiska i działalność wszystkich prezesów i sekretarzy Wydziału aż do chwili obecnej referent oświetla wybitne znaczenie Wydziału w historii Tow. Przyj. Nauk, przy czym przytacza słowa Wojtkowskiego stwierdzającego, że przy przewrocie politycznym w roku 1918 ten Wydział jako jedyny stanął na wysokości zadania. Dał on bowiem inicjatywę w chwili przełomowej do powstania szeregu instytucyj o charakterze lekarskim i społeczno-sanitarnym. Od 1889 r. wydaje Wydział własny organ „Nowiny Lekarskie". W miarę przekształcania Tow. Przyj. Nauk na instytucję czysto naukową powstaje kwestia, czy należy stworzyć osobne naukowe towarzystwo lekarskie niezależne od Tow. Przyj. Nauk, czy też prowadzić w dalszym ciągu dotychczasową działalność w ramach Wydziału Lekarskiego, jak wyżej już zaznaczono. Przed szeregiem lat myśl stworzenia nowego towarzystwa odrzucono. Obecnie sprawa ta odżyła. Zarząd Towarzystwa Przyj. Nauk życzyłby sobie odłączenia się Wydziału Lekarskiego w dzisiejszej postaci od Towarzystwa. Wśród lekarzy są zdania podzielone.

Przed mniej więcej $1^1/_2$ rokiem już rozpatrywano sprawę, przy czym oświadczono się w zasadzie za stworzeniem samodzielnego towarzystwa lekarskiego. Wybrana komisja miała zbadać, na jakich warunkach, możliwie dla lekarzy korzystnych, można by się rozstać z Tow. Przyj. Nauk. Komisja ta pod przewodnictwem prezesa Wydziału Lek. prof. W. Kapuścińskiego po odbyciu szeregu posiedzeń częściowo z przedstawicielem Zarządu Tow. Przyj. Nauk prof. Lisowskim oraz po przeprowadzeniu pertraktacyj z Zarządem, co z majątku Zarząd gotów jest odstąpić nowemu Towarzystwu Lekarskiemu przedstawia przez usta referenta swe wnioski oraz podaje do wiadomości, że:

1. Zarząd Tow. Przyj. Nauk godzi się oddać nowemu towarzystwu lekarskiemu bibliotekę lekarską w depozyt, nie na własność.

2. Salkę lekarską w gmachu Muzeum Mielżyńskich odda na wyłączny użytek lekarzy.

3. Nie godzi się na umieszczenie w nazwie przyszłego towarzystwa lekarskiego dodatku: dawniej Wydział Lekarski Tow. Przyj. Nauk.

4. Funduszu żadnego nie może przekazać, nie mając sam żadnych poważniejszych zasobów finansowych.

Komisja lekarska streszcza swe wnioski wobec tego następująco:

1. należy stworzyć samodzielne naukowe towarzystwo lekarskie,

2. odpowiedź Zarządu Tow. Przyj. Nauk z dnia 24. VI. 1937 r. uznać jako podstawę odłączenia się od T. P. N. (odpowiedź ta zawiera warunki wyżej wymienione),

3. w artykule 1. statutu nowego towarzystwa (zamiast w nazwie) zaznaczyć, iż nowe towarzystwo lekarskie jest dalszym ciągiem Wydz. Lek. Tow. P. N.,

4. dopilnować, by w sprawozdaniu rocznym T. P. N. zaznaczono wyraźnie, jak powstało nowe towarzystwo lekarskie,

5. wybrać komisję dla przeprowadzenia prawnego i technicznego reorganizacji Wydz. Lek. oraz dla wypracowania statutu nowego towarzystwa, który następnie zostałby przedstawiony Walnemu Zebraniu Wydz. Lek. do przyjęcia. Członkowie dotychczasowi Wydz. Lek. mieliby zostać członkami nowego towarzystwa, chyba że nie chcieliby do niego należeć.

Kol. Kapuściński uzupełnia uwagi kol. Szulca, że trudności w uzyskaniu jakiegokolwiek majątku od Towarzystwa Przyjaciół Nauk mają swe przyczyny w przeszkodach prawno-formalnych oraz w braku płynnego majątku, którym tłumaczy się Zarząd T. P. N.

Kol. Nowakowski wyjaśnia, że podając projekt referatu kol. Szulca miał na myśli rozwój strony ekonomicznej towarzystwa i Wydziału Lekarskiego w szkicu historycznym.

Kol. Bross stwierdza z zadowoleniem, że warunki formalne zostały przez Wydział Lekarski wypełnione, co umożliwia spokojną i rzeczową dyskusję. Zdaniem jego, pobudki przeobrażenia Wydziału Lekarskiego na samodzielne towarzystwo lekar-

skie są inne, aniżeli przedstawione przez referenta. Wynikają one z zamiaru przeobrażenia Towarzystwa Przyjaciół Nauk na towarzystwo akademickie, czemu na przeszkodzie stoją wydziały. Niemniej jednak prawno-formalny stan dotychczasowy Wydziału Lekarskiego jest przeszkodą w rozwoju jego, wobec czego mówca opowiada się za stworzeniem samodzielnego towarzystwa lekarskiego, przy czym powinno się przeprowadzić rewindykację majątku należącego do Wydziału Lekarskiego.

Kol. Kapuściński wyjaśnia, że dążenie Towarzystwa Przyjaciół Nauk do przekształcenia na akademickie towarzystwo jest zrozumiałe i posiada swoje precedensy w Towarzystwie Naukowym Warszawskim, Lwowskim, Wileńskim, przy czym daje ono towarzystwu korzyści materialne w postaci subsydiów. Praw Wydziału Lekarskiego do biblioteki Zarząd nie zaprzecza, jednak nie jest władnym uszczuplać majątku towarzystwa, wobec czego oddaje bibliotekę w odwieczny depozyt nowemu towarzystwu lekarskiemu.

Kol. Szulc przypomina, że nie można uzależniać całej linii postępowania w dążeniu do usamodzielnienia się Wydziału Lekarskiego od kwestii majątkowej, która w Towarzystwie Przyjaciół Nauk przedstawia się dość zawile, gdyż Towarzystwo nie posiada dotąd prawa własności domu i gruntu przy ul. Sew. Mielżyńskiego 27. Zresztą nie może nam zależeć na niszczeniu dorobku Towarzystwa Przyjaciół Nauk, które jest dla nas instytucją zbyt drogą i zasłużoną, by ustosunkować się do niej nieprzychylnie.

Kol. Jonscher proponuje uchwałę, że towarzystwo lekarskie przyjmując w wieczysty depozyt bibliotekę nie zrzeka się praw do niej.

Kol. Jagielski wysuwa następujące wątpliwości prawnoformalne, które stają na przeszkodzie wysuniętym przez komisję wnioskom.

1) Wydział Lekarski nie może być rozwiązany uchwałą Walnego Zebrania tegoż Wydziału, gdyż prerogatywy te przysługują jedynie Zarządowi Towarzystwa Przyjaciół Nauk. Członkowie Wydziału tworzący nowe towarzystwo lekarskie mogą jedynie indywidualnie wystąpić z Tow. Przyj. Nauk.

2) Towarzystwo Przyjaciół Nauk ma prawo się nie zgodzić na umieszczenie w § 1. statutu nowego towarzystwa lekarskiego wzmianki o przeobrażeniu Wydziału Lekarskiego na towarzystwo lekarskie.

3) Prawa rewindykacji biblioteki Wydział Lekarski nie posiada, gdyż prawnie jako Wydział nie jest jej właścicielem, a jest nim bezspornie Towarzystwo Przyjaciół Nauk.

W wyniku tych wywodów zgłasza kol. Jagielski wniosek następującej treści:

„W głosowaniu nad wystąpieniem z Towarzystwa Przyjaciół Nauk mogą brać udział tylko członkowie Towarzystwa Przyjaciół Nauk, gdyż inaczej nie może Wydział się rozwiązać".

Kol. Kapuściński wyjaśnia, że Walne Zebranie Wydziału Lekarskiego może jedynie wystąpić z wnioskiem o rozwiązanie Wydziału Lekarskiego do Zarządu Towarzystwa Przyjaciół Nauk, lecz na to musi być wpierw powzięta na Walnym Zebraniu odpowiednia uchwała.

Kol. Bross zgłasza wniosek o stworzenie Poznańskiego Towarzystwa Lekarskiego, jednak bez rozwiązania Wydziału Lekarskiego Tow. Przyjaciół Nauk.

Za wnioskiem kol. Brossa opowiada się kol. Jonscher, który uważa liczbę członków Wydziału Lekarskiego na Walnym Zebraniu za dostateczną, by stworzyć samodzielne towarzystwo lekarskie, lecz za niedostateczną, by likwidować Wydział Lekarski T. P. N.

W tym samym sensie opowiada się kol. Morzycki.

Kol. Kapuściński i kol. Stojałowski zwracają uwagę na trudności prawno-formalne, które na podstawie informacyj w referacie rejestrującym stowarzyszenia w Urzędzie Wojewódzkim wyłonią się przy rejestracji statutu nowego towarzystwa.

Kol. Bross trudności tych nie przewiduje na podstawie swoich informacyj.

Kol. Szulc proponuje zasięgnięcie opinii prawnika w tej sprawie oraz w innych kwestiach prawno-formalnych, które nasuwają się w związku ze stworzeniem nowego towarzystwa.

Kol. Jagielski wniosek swój wycofuje jako nieaktualny.

Kol. Straszyński zgłasza wniosek następującej treści: „Dzisiejsze Walne Zebranie powierza wybranej już komisji zajęcie się opracowaniem statutu nowego „Poznańskiego Towarzystwa Lekarskiego".

Przewodniczący prosi referenta o odczytanie wniosków komisji, z których jeden przewiduje wybór komisji organizacyjnej (patrz wniosek 5 referenta).

W głosowaniu nad wnioskiem bierze udział 19 członków Wydziału Lekarskiego T. P. N., 18 członków opowiada się za wnioskiem, 1 przeciw.

Poddany pod głosowanie wniosek kol. Brossa o stworzenie Poznańskiego Towarzystwa Lekarskiego, jednak bez rozwiązania Wydziału Lekarskiego T. P. N. uzyskał 12 głosów, 2 sprzeciwy i 5 wstrzymujących się od głosowania.

Na tej podstawie założycielami Poznańskiego Towarzystwa Lekarskiego są następujący członkowie Wydziału Lekarskiego T. P. N.: 1) Witold Kapuściński, 2) Leon Drożyński, 3) Kazimierz Stojałowski, 4) Alfons Lorych, 5) Karol Jonscher, 6) Kazimierz Nowakowski, 7) Tadeusz Szulc, 8) Franciszek Łabendziński, 9) Kazimierz Bross, 10) Władysław Suwalski, 11) Adam Straszyński, 12) Romuald E. Matuszewski, 13) Józef Jagielski, 14) Tadeusz Budzyński, 15) Władysław Ossowski, 16) Tadeusz Suwalski, 17) Jerzy Morzycki, 18) Albin Bandurski, 19) Witold Juliusz Kapuściński.

Jednakowo brzmiący wniosek komisji i kol. Straszyńskiego w sprawie wyboru komisji organizacyjnej dla opracowania statutu i przeprowadzenia formalności został przyjęty jednogłośnie. Do komisji wybrano następujących członków założycieli nowego towarzystwa lekarskiego: Kazimierza Nowakowskiego, Karola Jonschera, Witołda Kapuścińskiego, Kazimierza Stojałowskiego, Tadeusza Szulca, Józefa Jagielskiego i Romualda E. Matuszewskiego.

Prezes: *W. Kapuściński.*
Sekretarz: *K. Stojałowski.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 9 listopada 1937 roku

Kol. M. Lityński *przedstawia przypadek srebrzycy.* (Streszczenie własne).

Przedstawiony przypadek dotyczy mężczyzny, lat 34, z zawodu sanitariusza. Chory zgłasza się do Oddziału Wewnętrznego Szpitala Szkolnego C. W. San. z powodu ciemnego zabarwienia skóry na całym ciele, a zwłaszcza w miejscach wystawionych na działanie światła. Zabarwienie skóry wystąpiło przed pięciu laty i stopniowo nasila się. Chory poważniejszych chorób miał dotychczas nie przechodzić; jednak miewa bóle w okolicy dołka podsercowego, w maju bieżącego roku doznał gwałtownego krótkotrwałego ataku bólów w podżebrzu prawym. Chorób wenerycznych nie przechodził. Nie pije, pali mało. Wywiady rodzinne bez znaczenia.

Badania na Oddziale Wewnętrznym zmierzały w kierunku wykrycia przyczyny bólów oraz nagromadzenia się w skórze barwika. Badania przeprowadzono więc celem wyłączenia zimnicy, nadmiernego wytwarzania się melaniny, choroby Addisona, ochronozy z alkaptonurią, wrodzonych wad serca z ogólną sinicą, nagromadzenia się karotenu, w kierunku schorzeń wątroby *(diabète bronzé)* i spraw nowotworowych. Poza tym zbadano włosy na obecność metali ciężkich, a zwłaszcza arsenu (próba Marsha — ujemna). Wszystkie badania w kierunku wykrycia cierpień narządów wewnętrznych, jak również zaburzeń przemiany materii, poza radiologicznym stwierdzeniem kilku kamyków w pęcherzyku żółciowym, dały wynik ujemny. Dokonano wówczas wycięcia kawałka skóry do badania mikroskopowego. Badania histopatologiczne na hemosyderynę i ciała melanotwórcze wypadły ujemnie, na tej zasadzie ustalono, że barwik jest pochodzenia zewnętrznego, a w ślad za tym rozpoznano z całą pewnością srebrzycę. Za srebrzycą przemawia typowe rozmieszczenie cząstek srebra metalicznego w dolnych warstwach naskórka, w komórkach gruczołów potowych i torebkach włosowych. Nie dając wiary choremu, który podaje, że nigdy nie leczył się przetworami srebra, należy przyjąć, iż ma się tu do czynienia z przypadkiem srebrzycy pochodzenia lekowego (przebyte leczenie cierpienia żołądka lapisem). Jeżeli chodzi o inne preparaty, które mogłyby być stosowane, to należy wymienić roztwory srebra koloidalnego. Te jednak z uwagi na brak śladów cierpień, mogących wskazywać na konieczność leczenia, nie mogą być brane pod uwagę.

Srebrzyca bywa częściowa lub uogólniona. Pierwsza postać występuje jako choroba zawodowa na rękach u rzemieślników, pracujących przy wyrobie przedmiotów srebrnych lub w przypadkach długotrwałego i nieoględnego stosowania miejscowego leków srebrowych w nieżycie spojówek, owrzodzeniach skóry oraz zapaleń błon śluzowych jamy ustnej. Jest to tak zwana *argyrosis ex imbibitione.* Srebrzyca uogólniona rozwija się w na-

stępstwie używanych do wewnątrz roztworów lapisu np. w owrzodzeniach żołądka i preparatów srebra koloidalnego (collargol) dla zwalczania różnego rodzaju zakażeń (posocznica).

Mayer, który znalazł w piśmiennictwie od roku 1922 opisanych 80 przypadków srebrzycy, stwierdza, że znane są przypadki, co do których da się ustalić, że dawka czystego srebra mogła dochodzić od 15 do 30 g. W niektórych przypadkach dawka osiągnęła 2—3 g, dając niemniej wyraźne zmiany barwikowe skóry. Pierwsze objawy srebrzycy stwierdza się zazwyczaj na dziąsłach, spojówkach i twardówkach, co widać było i w przytoczonym przypadku, na częściach skóry poddanych działaniu promieni świetlnych, wreszcie na całej skórze. Barwa skóry z biegiem lat staje się coraz ciemniejsza, aż do zabarwienia zbliżonego do skóry murzyna, lecz zawsze z charakterystycznym odcieniem metalicznym. Odcień ten występuje wyraźnie w niskiej ciepłocie, pod wpływem oziębienia ciała. Chorzy tacy na ogół nie mają żadnych dolegliwości, niekiedy tylko odczuwają smak metaliczny. W wydalinach ich srebra nie stwierdza się. W badaniu histopatologicznym skóra i narządy miąższowe wykazują obecność srebra; poza tym ściany naczyń krwionośnych, układ nerwowy ośrodkowy, nerwy, kości, włosy i mięśnie srebra nie zatrzymują.

Leczenie właściwie nie istnieje. Według metody Stillians'a i Lawles'a celem odbarwienia skóry stosować można doskórne wstrzykiwanie 1% roztworu żelazocyjanku potasu i 6% tiosiarczanu sodu.

Co do patogenezy, zdania są podzielone. Ogólnie przyjęto, że srebro wprowadzone doustnie wchłania się w postaci chlorku srebra; w płynach tkankowych przeistacza się na białczan srebra. To samo dzieje się z preparatami srebrowymi, wprowadzonymi dożylnie. W tkankach związki srebrowe ulegają redukcji, a srebro wydzielone w postaci metalicznej trwale umiejscawia się w tkankach.

Przytoczony przypadek pozwala na wysnucie wniosku, że wskutek różnej wrażliwości chorych, a ściślej mówiąc osobniczych ich właściwości, niewielkie nawet dawki preparatów srebrowych mogą spowodować nieodwracalne zmiany barwikowe, będące trwałym uszkodzeniem ciała. Fakt ten skłania do ostrożnego stosowania środków lekarskich tego rodzaju.

Przypadek ilustrowano preparatami mikroskopowymi.

Kol. A. Kwaskowski: *Pokaz dwóch przypadków pozagałkowego nowotworu nerwu wzrokowego.* (Streszczenie własne).

Przypadek pierwszy dotyczy chłopca 14-letniego, u którego w ciągu dwóch lat powoli powstał wytrzeszcz lewej gałki ocznej, nie dający się odprowadzić i nie tętniący. Gałka wystaje z oczodołu o 9 mm więcej, niż prawa, w kierunku osi oczodołu. Ruchy gałki są nieco ograniczone, lecz odbywają się łatwo. Źrenica szersza i oddziaływuje leniwiej, niż w prawym oku. Na dnie oka stwierdza się zastoinowy obrzęk tarczy n. wzrokowego. Ostrość wzroku o. d. 6/6; o. s. — liczy palce z ½ metra.

Z powodu powoli występującego wytrzeszczu gałki w kierunku osi oczodołu, bez objawów zapalnych, ze względnie dobrą ruchomością gałki i z zastoinowym obrzękiem tarczy n. wzrokowego oraz upośledzeniem wzroku dochodzimy do wniosku, że mamy do czynienia z guzem oczodołu, mieszczącym się w lejku mięśniowym i mającym ścisłą łączność z nerwem wzrokowym. Objawy te oraz młody wiek chorego pozwalają na rozpoznanie nowotworu nerwu wzrokowego lewego.

Drugi przypadek dotyczy 7-letniego chłopca, u którego był wytrzeszcz lewej gałki w kierunku osi oczodołu. Wytrzeszcz powstał przed 11 miesiącami, nie powodował bólów, ani objawów zapalnych, a jednocześnie wystąpiło upośledzenie wzroku. Ruchy gałki były prawie całkowicie zachowane. Gałka oczna nie była zadrażniona. Źrenica lewa była szersza, niż prawa i oddziaływała słabiej. Na dnie oka stwierdzono obrzęk zastoinowy tarczy n. wzrokowego. Odczyn Wassermanna ujemny. Badanie rentgenowskie wykryło mniejszą przejrzystość lewego oczodołu w porównaniu z prawym oraz zatarcie zarysu obwodowej części skrzydła dużego z lewej strony. W ciągu dwóch tygodni pobytu w szpitalu ostrość wzroku lewego oka z 6/30 spadła do liczenia palców z 4 m, a wytrzeszcz powiększył się do 9 mm. Dnia 19. XI. 1937 r. usunął prof. Melanowski guz sposobem Kroenlein-Gołowina. Nowotwór był wielkości małej śliwki i otaczał nerw wzrokowy, który został wycięty na przestrzeni 2 cm z nowotworem. Chory zniósł zabieg dobrze; gojenie bez powikłań. Obecnie wytrzeszcz ustąpił, ruchy gałki na boki bardzo nieznaczne, w kierunku pionowym większe, lecz też ograniczone. Zniesienie wrażliwości rogówki na dotyk; ruchy powiek prawidłowe. Źrenica szeroka i nieruchoma. Na dnie zanik tarczy n. wzrokowego oraz naczyniówki i siatkówki w nosowej połowie z rozsianiem barwika. Badanie anatomo-patologiczne (dr E. Siedlecki) stwierdziło *glioma periphericum.*

Kol. J. Sobański, czł. T-wa, *wygłasza odczyt pt.: „O wartości klinicznej badania ciśnienia krwi w naczyniach krwionośnych siatkówki".* (Streszczenie własne).

Wprowadzenie do badań okulistycznych badania ciśnienia krwi w naczyniach krwionośnych siatkówki zapoczątkowało szereg prac, w wyniku których opracowana została metoda określania poziomu ciśnienia śródczaszkowego za pomocą oznaczania ciśnienia rozkurczowego krwi w żyle środkowej siatkówki, z wykorzystaniem ścisłego związku, jaki istnieje pomiędzy poziomami obu tych ciśnień. Dokładna znajomość poziomu ciśnienia krwi w żyle i tętnicy środkowej siatkówki jest konieczna nie tylko w celu określania poziomu ciśnienia śródczaszkowego, lecz także w każdym przypadku tarcz zastoinowych, gdyż pozwala wnioskować o przebiegu tej sprawy na dnie oczu.

Na krążenie krwi w siatkówce wywiera wielki wpływ ciśnienie śródoczne (18—24 mm Hg), które jest znacznie wyższe od ciśnienia śródtkankowego (6—8 mm Hg). Zarówno podwyższenie się ciśnienia śródocznego (ponad 26 mm Hg), jak to się zdarza w jaskrze, jako też obniżenie się ciśnienia krwi w układzie tętniczym siatkówki, prowadzi do zaburzeń odżywczych, których wynikiem jest zanik prosty nerwu wzrokowego. Jeżeli spadek ciśnienia krwi spowoduje odpowiedni spadek ciśnienia śródocznego, jak to się dzieje w większości przypadków, to w oku takiego osobnika zanik nerwu wzrokowego nie występuje. Z tego właśnie powodu zanik prosty n. wzrokowego występuje tylko w 16% wszystkich przypadków wiądu rdzenia, w którym to procesie chorobowym stwierdza się często spadek ciśnienia krwi w układzie tętniczym siatkówki. Na tej podstawie zastosowano leczenie zaników nerwów wzrokowych przy wiądzie rdzenia, które polega z jednej strony na obniżaniu ciśnienia śródocznego, z drugiej strony na dążeniu do podniesienia obniżonego zbytnio ciśnienia krwi. Leczenie to, które nazwaliśmy leczeniem odciążającym, dało wyniki pomyślne, zmieniając rokowanie w tego rodzaju przypadkach na lepsze.

Kol. W. Zahorski, czł. T-wa, *wygłasza referat pt.: „Wartość kliniczna metody bańkowej w badaniu oporności naczyń włosowatych z pokazem nowego modelu przyrządu.* (Streszczenie własne).

Po krótkim omówieniu dotychczasowych, niedostatecznych pod względem klinicznym, metod badania naczyń włosowatych autor przedstawia aparat bańkowy do badania włośniczek skóry, wzorowany na przyrządzie prof. Goreckiego i Grycewiczówny, ale zupełnie przekształcony i przystosowany do użytku klinicznego.

Przyrząd przedstawia się w sposób następujący: bańka o średnicy 2,5 cm, objętości 5 cm^3, zwęża się w rurkę kalibrowaną w cm^3. Na końcu rurki znajduje się kran, po czym rurka przechodzi w lejek pojemności 5 cm^3. Poniżej kranu ponad podziałką odgałęzia się od rurki kalibrowanej przewód szklany, zaopatrzony w boczny kran. Przewód ten łączy się rurką gumową z manometrem rtęciowym, zaopatrzonym w podziałkę określającą ciśnienie w cm słupa rtęci. Całość umieszczona na statywie.

Po przystawieniu bańki do badanego odcinka skóry obniża się ruchomy zbiornik manometru do odpowiedniej podziałki i w ten sposób wywiera się ujemne ciśnienie na badany odcinek skóry. Po 1 min. odczytuje się liczbę wybroczyn powstałych skutkiem ujemnego ciśnienia. Wysokość słupa rtęci jest mianem odczynu.

Badania wykonuje się zwykle na skórze przedramienia, gdzie u zdrowych odczyn przy 40 cm Hg jest zwykle ujemny (brak wybroczyn). U kobiet zdrowych w okresie miesiączki, u chorych z utajoną lub jawną krwotocznością odczyn wypada dodatnio (obecność wybroczyn) przy mniejszym ciśnieniu ujemnym.

Z przedstawionych badań doświadczalnych i spostrzeżeń klinicznych wynikają następujące zalety metody bańkowej:

a) jest czulsza od objawu opaskowego;

b) pozwala miareczkować oporność ścian włośniczek zarówno u zdrowych, co dotychczas było niedostępne badaniu, jak i u chorych;

c) pozwala na określenie oporności włośniczek w każdym dowolnym odcinku powłok zewnętrznych;

d) w przypadkach krwotoczności pozwala ocenić w sposób właściwy ciężkość schorzenia, wyniki lecznicze oraz daje pewne wskazówki rokownicze, a w krwotoczności małopłytkowej jest najściślejszą metodą, dającą właściwą ocenę ciężkości schorzenia;

e) pozwala w sposób łatwy określić pogotowie obrzękowe.

Rozprawy: Kol. Gorecki (czł. T-wa) podkreśla, że jeżeli po paru latach przedstawiono modyfikację aparatu, to uczyniono to w tym przekonaniu, że badania ściany naczyń włosowatych są w klinice zaniedbane, a wydają się one bardziej ważne, niż to się na ogół uważa. Z badań kol. Zahorskiego wynika, że

stan naczyń włosowatych nie odpowiada równolegle ani zachowaniu się liczby płytek, ani czasowi krzepnięcia, ani czasowi krwawienia, ani też zachowaniu się skrzepu. Mówca zwraca przy tym uwagę, że stan naczyń włosowatych odpowiada ściśle zachowaniu się samoistnych krwawień oraz stanowi podmiotowemu i przedmiotowemu chorych. Za pomocą metody bańkowej można z całą dokładnością badać stan naczyń włosowatych nie tylko w okresie choroby, ale i zdrowia. Metoda ta otwiera nowe drogi nie tylko dla badań w celach praktycznych, ale i doświadczalnych. Możność stwierdzenia utajonej krwotoczności, pewnego pogotowia krwawienia, może mieć znaczenie nie tylko dla internisty. Mówca pragnąłby zainteresować omawianą metodą również kolegów innych specjalności. Przypuszcza, że właśnie w dziedzinie chorób skórnych i w chirurgii, szczególnie u kobiet, metoda ta może oddać duże usługi. Również niemałe znaczenie może mieć przy badaniu pogotowia obrzękowego. W sposób bardzo szybki i ilościowo ścisły można ten stan określić zarówno w niewydolności krążenia, jak i w chorobach nerek, przemiany materii, wątroby i w niedożywieniu. W przeświadczeniu, że metoda ta może przynieść duże usługi praktyczne, oddajemy ją szerokiemu ogółowi lekarzy. Szczegółowe opracowanie wyników stosowania jej pozostawiamy na czas późniejszy.

Kol. Bartoszek, czł. T-wa, nie zgadza się z kol. referentem co do znaczenia kapilaroskopii. Kapilaroskopia w badaniach naczyń włosowatych jest rzeczą niezbędną i opuszczać jej nie można, gdyż daje nam ona pojęcie o morfologii naczyń, natomiast metoda bańkowa zapoznaje nas do pewnego stopnia ze stanem czynnościowym naczyń. Należy jednak używać kapilaroskopu, gdzie opornica pomysłu mówcy jest zastąpiona transformatorem. Dzięki temu można długo prowadzić badania, gdyż odpada obawa przepalenia opornicy. Również uzyskuje się w ten sposób lepsze obrazy, ponieważ dzięki transformatorowi można zastosować silniejsze źródło światła.

Kol. A. Biernacki, czł. T-wa, *wygłasza referat pt.: „Obraz morfologiczny szpiku kostnego w gruźlicy płuc jamistej"*. (Streszczenie własne).

Autor przeprowadził badania porównawcze składu morfologicznego szpiku kostnego i krwi obwodowej w 45 przypadkach gruźlicy z jamami w płucach i wysnuwa następujące wnioski:

1. W przewlekłym zakażeniu gruźliczym spotykamy często przesunięcie obrazu morfologicznego szpiku w kierunku postaci młodych. Najczęściej jest to odczyn myelocytowo-metamyelocytowy, rzadziej pałeczkowaty i promyelocytowy, nigdy myeloblastyczny.

2. Przesunięcie to zaznacza się najbardziej w przypadkach z neutrofilią obwodową i przesunięciem w lewo we wzorze Schillinga. W tych przypadkach spotykamy najmniejsze odsetki krwinek podzielonych w szpiku, co dowodzi, że zostają one w miarę wytwarzania natychmiast wypłukiwane ze szpiku tak, iż nie ma ich gromadzenia w krążeniu szpikowym.

3. Mimo powiększenia w szpiku liczby krwinek młodocianych, nie ma ich prawie nigdy we krwi obwodowej, nawet w przypadkach z leukocytozą i ogromnym przesunięciem w lewo. Jest to prawdopodobnie wywołane zmienioną czynnością zapory szpikowej, która hamuje przechodzenie krwinek młodocianych do obwodu, mimo że szpik wytwarza je w nadmiarze.

4. Stopień przesunięcia wzoru szpikowego w kierunku postaci młodych jest na ogół równoległy do przesunięcia w lewo we krwi obwodowej.

5. Porównanie odsetka krwinek obojętnochłonnych ze zmianami toksycznymi w szpiku i we krwi dowodzi, że zmiany te powstają raczej na obwodzie krążenia.

6. Odczyn erytroblastyczny szpiku jest niewielki w gruźlicy nawet w przypadkach z wyraźną niedokrwistością, wykazuje jednak zmiany jakościowe i nieprawidłową odnowę krwinek czerwonych.

7. Liczba limfocytów, jednojądrzastych, megakariocytów, komórek plazmatycznych, śródbłonkowych i komórek Ferraty nie wykazuje żadnych prawidłowych wahań.

8. Komórki Ferraty są prawdopodobnie odrębnym rodzajem komórek, a nie uszkodzonymi sztucznie komórkami szpiku.

Rozprawy: Kol. Galinowski, czł. T-wa (streszczenie własne).

Czynność krwiotwórcza szpiku kostnego jest obecnie przedmiotem licznych i wielostronnych badań, mechanizm hemopoezy poznany jest wszakże tylko w grubszych zarysach. Szczegóły ważniejszych nawet etapów pracy szpiku, jak rola i jakość komórek macierzystych dla elementów komórkowych krwi obwodowej, mechanizmy różnicowania, dojrzewania i wysyłania dojrzałych krwinek do krążenia obwodowego nie są do dziś dnia dostatecznie wyświetlone, co w wysokim stopniu utrudnia tłumaczenie jakości odchyleń w składzie komórkowym szpiku w warunkach patologicznych. Dotychczasowe spostrzeżenia wykazują, że podrażnienie układu granulocytów przez bodźce zakaźno-toksyczne ujawnia szczególnie wyraziście dwie osobliwości zachowania się szpiku: dążność do narastania odsetka składników genetycznie młodszych („przesunięcie na lewo") i zaburzenia w wysyłaniu ciałek do ogólnego obiegu krwi (chwiejność „zapory szpikowej") w sensie zatrzymania pewnych komórek w sieci naczyń szpikowych (młodocianych neutrocytów w badaniach kol. Biernackiego, ciałek kwasochłonnych w durze brzusznym), jak nadmiernego ich uruchomiania (odczyny rzekomo białaczkowe we krwi obwodowej przy prawidłowym myelogramie — własne spostrzeżenie). Lekkie podrażnienie granulopoezy, poza wzrostem liczby ogólnej ciałek białych w szpiku, może nie przejawić się żadnymi odchyleniami jakościowymi myelogramu. W powstaniu „przesunięcia na lewo" zdaje się rozstrzygać obok siły bodźca drażniącego wadliwość w osiągnięciu dojrzałości przez komórki starsze (porażenie szpiku?) przy zachowanej jeszcze ogólnej wydolności odrodczej utkania białokrwinkowego. Najcięższe nawet podrażnienia przebiegają przy tym bez odczynu ze strony myeloblastów, a nader rzadko z odczynem promyelocytowym. Rozbiór myelogramu nabiera większej wyrazistości w zestawieniu z oznaczeniem ilości składników komórkowych szpiku, pozwalając niejednokrotnie na trafne wyprowadzenie wniosków rokowniczych dla samej czynności krwiotwórczej szpiku i ogólnych dla ustroju w przebiegu zakażenia. Niedostateczna znajomość pracy szpiku u ludzi zdrowych, a wielostronność odchyleń w stanach chorobowych wobec niewielkiej jeszcze ilości ogłoszonych z tej dziedziny badań, nie pozwalają przewidywać, jakie szczegóły badania szpiku wzbogacą zasób środków rozpoznawczych lekarza-praktyka, a jakie pozostaną wyłącznie dla użytku hematologa-naukowca. Wartość próbnego nakłucia szpiku jest dziś już stwierdzona (białaczki rzekome, niedokrwistość złośliwa, choroba Gauchera). Uwzględniając zmienność składu komórkowego szpiku w przebiegu procesów chorobowych (choroba Biermera przed i po leczeniu wątrobowym, płatowe zapalenie płuc przed i po przełomie), wydaje się prawdopodobne, że badanie szpiku za życia odda w przyszłości niemałe usługi we wszystkich tych sprawach, gdzie samo oznaczenie składu krwi obwodowej z tych lub innych powodów nie będzie dawało wyników zadawalających, czy to w zakresie rozpoznawania i rokowania, czy nawet w wyborze metod leczniczych.

Prelegent odpowiada, że co się tyczy duru brzusznego, to może największym dowodem istnienia bariery jest zachowanie się ciałek kwasochłonnych. Brak ich we krwi obwodowej nie idzie w parze ze zmniejszeniem się ich w szpiku. Zachowanie się komórek kwasochłonnych w szpiku pozostaje bez zmian. Jeśli robimy nakłucie mostka, to ilościowe badania komórek w poszczególnych porcjach (od 0,2 do 0,5 cm³) wykażą różnicę między poszczególnymi kroplami i dlatego badanie to ma tylko względne znaczenie. Co się tyczy optymizmu w praktycznej ocenie myelogramu, to w zapaleniu płuc i w niedokrwistości złośliwej badanie szpiku kostnego ma mniejszą wartość, niż badanie krwi obwodowej. Wiemy zresztą, że np. w białaczce badanie szpiku ma mniejsze znaczenie praktyczne, niż się tego spodziewano.

Wiceprezes: *Marian Grzybowski.*
Sekretarz doroczny: *Stanisław Flis.*

SPROSTOWANIE

W artykule prof. dr Jana Olbrychta (Pol. Gaz. Lek. Nr 29—30, str. 609, 1938) wkradły się w tablicach umieszczonych na str. 610, wskutek opóźnienia się korekty autorskiej, a w części wskutek wypadku technicznej natury błędy, które obecnie prostujemy.

Tabl. I

Rodzaj soli	Odczyn precypit. w rozcieńcz. 1:10	1:100	1:1000	Uwagi
Chlorek magnezu	—	—	—	
Chlorek wapnia	—	—	—	
Chlorek baru	?	—	—	Zmętnienie wskutek obecności CO_2 w surowicy krwi.
Azotan strontu	—	—	—	
Wyciąg z gipsu	—	—	—	
Wyciąg z próchnicy wierzbowej	—	—	—	
Wyciąg z ziemi kompostowej	—	—	—	

W tablicy III, w rubryce piątej, mylnie wydrukowano pierwsze trzy wiersze, których porządek przedstawiać się ma następująco:

10 g tegoż wapienia + 0,1 cm³ krwi
10 g tegoż piasku + 0,1 cm³ krwi
10 g tegoż Al_2O_3 + 0,1 cm³ krwi

OD REDAKCJI

W artykule pod tytułem Struktura psychologiczna nerwicy itd. doc. dr T. Bilikiewicz powiada (P. G. L. Nr 37, str. 734, 1938), że znany mu jest przypadek *graviditas imaginaria* u 15-letniej dziewczynki, u której rzekome zapłodnienie nastąpiło wskutek tego, iż siadła na fotelu, na którym przed chwilą siedział mężczyzna.

Otóż taki sam wypadek opisuje J. Barbey d'Aurevilly w swoich *Les Diaboliques* w nowelce pod tytułem: *Le plus bel amour de Don Juan* (wydanie A. Lamerre, Paryż, str. 132).

Prof. dr Wacław Moraczewski.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

Odznaczenia i wiadomości osobiste

Dr Wiktor Bross (Lwów) został mianowany docentem chirurgii.

Doc. dr Antoni Dobrzański (Lwów) został mianowany tytularnym profesorem oto-ryno-laryngologii.

Doc. dr Adam Gruca (Lwów) został mianowany profesorem tytularnym.

Prof. nadzw. dr Stanisław Hiller (Wilno) został mianowany zwyczajnym profesorem histologii i embriologii.

Prof. nadzw. dr Alfred Laskiewicz (Poznań) został mianowany zwyczajnym profesorem oto-ryno-laryngologii.

Doc. dr Stanisław Progulski (Lwów) został mianowany profesorem tytularnym pediatrii.

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy

Dnia 8 września br. odbył się w sali Collegium Maximum U. J. K. we Lwowie pokaz filmowy urządzony dla członków Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego i Pediatrycznego staraniem Lwowskiego Klubu Filmowego. Wyświetlono filmy amatorskie, nagrodzone na międzynarodowych konkursach filmowych: 1) inż. T. Jankowski — „Piękno Księstwa Łowickiego", „Wesele Księżackie". 2) R. Groschopp — „Bommerli", „Tragedia Króla". 3) H. Hossman — „Maski". 4) V. Zomberi — „Nokturn".

Różne

Z kraju

W dniu 24. VI. br. staraniem Izby Przemysłowo-Handlowej w Wilnie przy współudziale Zakładu Farmakognozji U. S. B. odbył się w Wilnie pierwszy jarmark zielarski.

Lecznica mineralno-siarczana Lwowskiej Ubezpieczalni Społecznej w Szkle-Zdroju. Według uzyskanych informacyj, Ubezpieczalnia Społeczna we Lwowie przystępuje w październiku br., bezpośrednio po zakończeniu sezonu kąpielowego, do rekonstrukcji i rozbudowania swej Lecznicy mineralno-siarczanej w Szkle-Zdroju. W ciągu kilku miesięcy ma zostać dobudowane jednopiętrowe skrzydło tak, że w następnym sezonie Lecznica będzie już rozporządzać liczbą ponad 100 łóżek, w miejsce dotychczasowej liczby 60. W ten sposób kosztem 120.000 złotych zostanie Lecznica w Szkle rozbudowana nieomal dwukrotnie i przynajmniej na pewien czas sprosta wzrastającemu z roku na rok zapotrzebowaniu Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie i innych ubezpieczalni, które coraz więcej kuracjuszy, zwłaszcza ze Wschodniej Małopolski i Wołynia, nadsyłają do leczenia. Lecznica mineralno-siarczana Lwowskiej Ubezpieczalni Społecznej jest przeznaczona przede wszystkim do leczenia chorych na gościec stawowy i mięśniowy oraz schorzenia zapalne nerwów obwodowych, jako też sprawy po urazach, zwichnięciach itp. Nadają się również do leczenia w Szkle późniejsze okresy zakażenia kiłowego, uporczywe schorzenia skórne, zatrucia ołowiem i rtęcią. Dzięki obecności wysokowartościowej borowiny i kąpieli, zakres wskazań rozszerza się i na choroby kobiece. W roku 1937 leczono w sezonie 302 chorych; ilość wydanych kąpieli wyniosła 6.362 oraz wykonano 2.544 masaży. Jest nadzieja, że po dokonanej rozbudowie i dodatkowych urządzeniach Lecznica będzie czynną przez pełny rok kalendarzowy.

Nakładem Komitetu Kongresu Dziecka wyszła z druku broszura albumowa pt. „Dola i niedola naszych dzieci". Na 32 stronach wydawnictwa jest kilkadziesiąt ilustracji fotograficznych przedstawiających dzieci nasze ze wsi i miast w różnych warunkach i okolicznościach. Broszura ma za zadanie zainteresować żywiej losem naszego młodego pokolenia, chce przyjść mu z pomocą, propagując te idee, którymi zajmie się wyznaczony na dnie 2—4 października br. Kongres Dziecka. Poza tym wydawnictwo przy dużym rozpowszechnieniu się w dziesiątkach tysięcy egzemplarzy powinno przynieść pewien dochód na rzecz akcji podjętej przez Komitet. Zorganizowanie Kongresu, a jeszcze bardziej urządzenie Wystawy, poświęconej życiu i potrzebom dziecka, wymaga poważnych środków. Rozsprzedaż broszury jest swego rodzaju metodą zbiórki. Egzemplarz „Doli i niedoli naszych dzieci" kosztuje 30 groszy. Nic więc nie stoi na przeszkodzie, aby to ładne i tanie wydawnictwo rozeszło się nie tylko w dziesiątkach, ale nawet w setkach tysięcy egzemplarzy po całej Polsce, przysparzając Komitetowi środków na jego akcję. Rozsprzedażą broszury zajęły się organizacje społeczne, należące do Komitetu. Zamówienia od nich przyjmuje biuro Komitetu, Warszawa, Koszykowa 19 m. 12a, tel. 887.77.

Przygotowania do Wystawy „Dziecko w Polsce", która odbędzie się w Warszawie w związku z I Ogólnopolskim Kongresem Dziecka, są w pełnym toku. Wystawa trwać będzie przez cały październik. Zajmie ona wielki gmach przy ul. Nowogrodzkiej 74, na parterze, I i II piętrze. W chwili obecnej opracowywany jest katalog ilustrowany Wystawy, który wyjdzie w dużym nakładzie. Wydawnictwem tym zainteresowały się żywo sfery przemysłowe i handlowe.

Dnia 10 września, w olbrzymim gmachu Szpitala Wojskowego przy ul. 6. Sierpnia, róg Al. Niepodległości w Warszawie, została uroczyście otwarta Pierwsza Polska Wystawa Szpitalnictwa. Aktu przecięcia wstęgi dokonał w nieobecności Protektora Wystawy, Pana Premiera Gen. Dr Sławoja Składkowskiego, Wiceminister Opieki Społecznej dr Eugeniusz Piestrzyński. Na otwarcie przybył Jego Eminencja Ksiądz Kardynał Kakowski, szereg wysokich dostojników wojskowych z wiceministrem gen. Litwinowiczem i gen. Rouppertem na czele, Dyrektor Państwowej Służby Zdrowia dyr. Adamski, Prezydent Miasta St. Starzyński, Wicewojewoda Jurgielewicz, szereg najwybitniejszych przedstawicieli świata naukowego, przedstawiciele Samorządu Lekarskiego oraz liczni przedstawiciele Prasy. Do zgromadzonych przemówił Prezes Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa, dr Konrad Orzechowski, wyjaśniając zadania Polskiego Tow. Szpitalnictwa oraz warunki, w jakich pracuje szpitalnictwo polskie i inicjatywę powstania Wystawy. Następnie zabrał głos Prezes Zarządu Wystawy, płk. dr K. Miszewski, wyjaśniając trzy zasadnicze cele Wystawy, tj. znaczenie szpitalnictwa dla obrony narodowej, spopularyzowanie w społeczeństwie słowa „szpital" i rewia dorobku polskiego przemysłu, związanego ze szpitalnictwem.

Stany Zjednoczone A. P.

Stany Zjednoczone przeznaczyły sumę 3.750.000 dolarów na budowę biblioteki dla dzieł dotyczących chirurgii wojskowej. Biblioteka posiada dotąd 800.000 tomów i blisko milion broszur i rozpraw, które można wypożyczać.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA	
w kraju	zł 10.—
za granicą	zł 17.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.